

ПСИХОАНАЛИЗ

Введение в психологию бессознательных процессов



Петер Куттер, Томас Мюллер





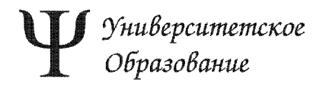
ПСИХОАНАЛИЗ

Введение в психологию бессознательных процессов



Петер Куттер, Томас Мюллер





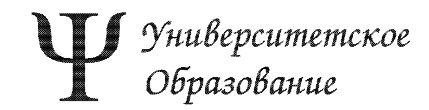
ПСИХОАНАЛИЗ

Peter Kutter, Thomas Müller

PSYCHOANALYSE

Eine Einführung in die Psychologie unbewusster Prozesse

Klett-Cotta



Петер Куттер, Томас Мюллер

ПСИХОАНАЛИЗ

Введение в психологию бессознательных процессов

Перевод с немецкого

Москва
Когито-Центр
2011

УДК 159.9
ББК 88
К 95

Переводчики
В.Н. Николаев, С.И. Дубинская

Под общей редакцией
В.И. Белопольского

Куттер Петер, Мюллер Томас

К 95 Психоанализ: Введение в психологию бессознательных процессов / Пер. с нем. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2011. – 384 с. (Университетское психологическое образование)

ISBN 978-3-608-94437-2 (нем.) УДК 159.9
ISBN 978-5-89353-332-3 (рус.) ББК 88

В книге представлены не только выдержавшие испытание временем традиционные взгляды на основы психоанализа, но и новые, возникшие за последние годы. Рассмотрены все разделы психоанализа, изложена его увлекательная история, определено его положение в ряду наук, затронута проблема развития, в том числе результаты наблюдений за младенцами, теория символизации, учение о сновидениях, теория болезней, а также дан обзор разнообразных прикладных исследований на базе психоанализа. При этом не только подчеркиваются достоинства и успехи современного психоаналитического метода, но и отдается должное ограничениям, с которыми связана реальная психотерапевтическая работа.

Книга может быть использована как учебное пособие для начинающих психоаналитиков, а также как руководство для практикующих специалистов.



Издание этой книги осуществлено при финансовой поддержке Немецкого культурного центра им. Гёте.
Die Herausgabe des Werkes wurde aus Mitteln des Goethe-Instituts gefördert

ISBN 978-3-608-94437-2 (нем.)
ISBN 978-5-89353-332-3 (рус.)

Содержание

Предисловие

С момента провозглашения Фрейдом учения о психоанализе прошло уже более 100 лет, и в течение всего этого времени ему приходилось выдерживать многочисленные нападки и обвинения: он-де и разрушает мораль, и ненаучен, и противоречит представлению о человеке: «Благородный человек милосерден и добр»[1]. В период студенческого движения[2] психоанализ пережил небывалый подъем, связанный с ожиданиями, что с его помощью и с помощью учения Маркса можно изменить людей и создать новое, лучшее общество. Хотя эти ожидания оказались иллюзией, общество уже не могло игнорировать психоанализ. Психоаналитиков стали приглашать на работу на кафедры медицины, психологии, социологии и педагогики. С момента введения в ФРГ в 1967 г. «Директив по психотерапии» невротические расстройства были признаны в страховом праве болезнью, а их лечение стало оплачиваться больничными страховыми кассами. С 1998 г. система больничных страховых касс оплачивает не только лечение, проводимое психотерапевтами-медиками, но и психотерапевтами с психологическим образованием.

За последние два десятилетия психоанализ утратил свои позиции, причем как в университетах, так и среди широких кругов общественности. Конкуренцию ему составили такие психологические методы, как поведенческая терапия, успешность которой подтверждена статистически. В настоящее время психоаналитические профессиональные ассоциации борются за свое научное признание. С некоторым запозданием были начаты эмпирические исследования, эффективность которых уже подтвердили соответствующие научные коллегии.

Кроме того, поступают новые неожиданные подтверждения эффективности психоанализа. Во-первых, эпидемиологические исследования неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences, ACE) подтвердили аксиому психоанализа о том, что опыт травмати-

[1] Слова И. В. Гёте.– *Прим. ред.*

[2] В Германии в 1960-е годы.– *Прим. ред.*

ческих детских переживаний приводит к физическим и психическим заболеваниям (Felitti et al., 2007); во-вторых, эффективность психоанализа подтверждается современными исследованиями мозга (например, работами таких ученых, как Геральд Хютер, Герхард Рот, Вольф Зингер, Манфред Шпитцер). С помощью современных визуализирующих технологий подтверждается то, что Фрейд установил еще 100 лет назад, а именно: человек не свободен в своих решениях, из всей совокупности мотивов, участвующих в принятии решений, многие вообще не достигают сознания, а чаще всего конкурируют сразу несколько бессознательных переменных, хотя современные ученые, проводя такие исследования, не проявляют должного уважения к психоанализу.

Психоанализ свидетельствует о том, что наша жизнь – это череда конфликтов, которые нам приходится решать. Эта психоаналитическая теория конфликтов продолжает оставаться неотъемлемой составной частью психоаналитического подхода. То, что выстояло, как скала в шуме прибоя, остается незыблемым. В этом отношении наша книга следует проверенной традиции. А те положения психоаналитической теории, которые не выдержали проверки временем, можно сказать, если перефразировать слова Гегеля, упраздняются и отрицаются или поднимаются на более высокий уровень и развиваются. Этим разнообразным современным усовершенствованиям психоанализа, осуществленным за два последних десятилетия, в данной книге уделено особое внимание.

Здесь представлен современный психоанализ. Психоанализ в настоящее время охватывает много различных направлений: фрейдисты, кляйнианцы, группа независимых психоаналитиков. Они формируют главные направления психоанализа. Кроме них, частично внутри этого большого течения, частично вне его «удерживаются на плаву» субъективистско-интерперсональные направления и психоаналитическая психология самости. На фоне уважительного отношения к существующим разногласиям в последнее время вновь отмечается конвергенция различных психоаналитических школ, что не может не радовать. Учитывая все это, настоящая книга отражает реальную ситуацию, сложившуюся в современном психоанализе.

Подзаголовок данной книги – «Введение в психологию бессознательных процессов». Что значит «введение»? Это должно настроить читателей на работу, пробудить любопытство. Но авторы считают, что нынешние читатели предъявляют высокие требования к научной обоснованности, актуальности и широте взглядов. Надеемся, что мы добились поставленной цели – представить столь же легко читаемый, сколь и научно обоснованный полный и актуальный обзор психоанализа с некоторыми теоретическими акцентами. Эта книга не вступает в конкуренцию ни с учебником по психоаналитической терапии Томэ и Кэхеле (Thomä & Kächele, 2006), ни с предложенным Вольфган-

гом Лохом «Психоаналитическим учением о болезнях» (Loch, 1999), ни с «Общим психоаналитическим учением о болезнях» Райнера Краузе (Krause, 1997–1998), ни с «Общим психоаналитическим учением о неврозах, психосоматике и социальной психологии» Зигфрида Цепфа (Zepf, 2006b); ее конкурентами являются, скорее, вводные книги Вольфганга Мертенса или Карла Кёнига.

Что такое психология бессознательных процессов?

Бессознательное (в отличие от данных академической психологии, полученных с помощью тестов и анкет) невозможно непосредственно наблюдать или измерять. Выводы о бессознательном делаются косвенно, по речевым высказываниям, с помощью специфических методов психоанализа. Такие философы, как Ницше и Шопенгауэр, а также многие поэты уже давно говорили о существовании скрытых внутренних явлений, влияющих на мышление, чувства и поведение людей. Но только Зигмунд Фрейд систематически исследовал этот бессознательный мир, интерпретируя сновидения и неустанно стараясь выявлять скрытые причины необъяснимых с органической точки зрения, зачастую причудливых симптомов своих пациентов; он создал новое учение – глубинную психологию, или психологию бессознательных процессов. Кстати, под бессознательными процессами мы имеем в виду закономерные явления, происходящие как в человеке (интрапсихические), так и между людьми (интерперсональные), типичные при нормальном развитии и атипичные при психических заболеваниях. В рамках психоаналитического лечения об этих бессознательных процессах догадываются, их понимают и истолковывают как латентное содержание, скрывающееся за речевыми высказываниями.

В книге отражены основные положения, составляющие саму суть психоанализа: его увлекательная история, включая завершение усилиями Жана Лапланша великого перелома в психоанализе; его положение среди других наук; психология развития, обогащенная результатами исследований младенцев; теория привязанности; исследование аффектов; учение о «ментализации»[1], созданное Питером Фонаги и его

[1] В психологии и психоанализе под ментализацией понимается способность к интерпретации своего собственного поведения и поведения других людей посредством приписывания им психических состояний. Концепция ментализации опирается на исследования модели сознания, созданной Питером Фонаги и Мари Таргет. Ментализация – понимание природы психического, того, что реальность только представлена (отображена) в психике, не соответствуя ей в точности. Способность к ментализации оказывается полностью сформированной на четвертом году жизни. – *Прим. пер.*

сотрудниками. После краткой главы, посвященной учению о сновидениях, излагается учение о болезнях с общим и частным учением о неврозах, расширенное за счет дифференцированного представления расстройств личности, пограничных расстройств, психосоматических болезней, зависимостей, делинквентности и перверсий. Особенно подробно рассматриваются психозы. Наряду с идеалом – классическим психоанализом с высокой частотой сеансов, подробно обсуждаются и другие применения психоанализа в повседневной практике: психотерапия, краткосрочная терапия, групповая и семейная терапия. Завершают этот том ссылки на нейробиологию и эмпирические исследования.

Почва для данной работы была подготовлена книгой «Современный психоанализ» Петера Куттера, вышедшей третьим изданием в 2000 г. Но теперь перед читателем совершенно новая книга, написанная уже двумя авторами – пожилым и более молодым, которая по своей общей концепции построена так, чтобы читатели, в зависимости от их интересов, могли начать читать ее с любой главы.

Первичный импульс к написанию этой новой книги исходил от издательства «Клетт-Котта». Оба автора быстро сдружились, конструктивно дополняя друг друга. Что касается сотрудничества с редакционной коллегией и производственным отделом издательства, то лучшего и пожелать невозможно. Благодарим Урсулу Куттер за стилистическую правку, Петру Хаммер за ее неоценимую помощь в составлении списка цитируемых авторов, а Хельгу Хаазе за тщательную проверку всего текста, рисунков и таблиц.

В заключение еще одно уточнение: когда авторы пишут «читатель», «пациент» или «психоаналитик» (употребляя существительные мужского рода), то это делается лишь по стилистическим соображениям и с учетом ограниченного объема книге. Эти формулировки следует понимать как обобщающее родовое понятие, относящееся к представителям обоих полов.

I. Психоанализ – теория конфликтов

Жизнь – это череда конфликтов,
требующих разрешения.

1. Повседневные конфликты

Каждый из опыта своей знает жизни, как больно быть аутсайдером в какой-либо группе, когда тебя обходят и отвергают. Не меньшую боль причиняет предательство партнера, когда он предпочитает кого-то другого или расстается с вами навсегда. Если такой тяжелый опыт накапливается, хороший совет дорогого стоит. Первой реакцией обычно бывает попытка обратиться за советом к другу, который, скорее всего, скажет, что с ним когда-то случилось то же самое. Иногда обращаются и к профессиональному «помощнику», который, если он ориентирован на психоанализ, может понять и объяснить постоянно возникающие проблемы с помощью психоаналитической теории. Но чаще люди по традиции обращаются за консультацией к врачу, который после проведения тщательных лабораторных исследований порой действительно ставит достоверный диагноз.

Тем самым душевная боль, сопровождающая человеческое существование и составляющая природу человека (conditio humana), возведена в ранг признаваемой медициной болезни, а человеку, которому поставлен такой диагноз, отведена роль признанного медициной больного. У психоанализа другая цель: дать информацию о происходящих в нас бессознательных процессах, довести их до уровня сознания, поскольку иначе мы гораздо дольше испытываем страдания, зацикливаемся на неизбежных конфликтах, пребываем в экзистенциальной тревоге, страхах и ограниченности. Понимая это, мы сможем избежать традиционного, медицинского подхода к повседневным душевным страданиям, на который так легко скатиться. Современная медицина очень легко находит подходящий диагноз для наших страхов и психических проблем, некий ярлык, который призван защитить нас от осознания

мучительной правды, вводя нас в заблуждение относительно самих себя.

Что же касается литературы – больших драм и романов, то она открыто говорит об этих наших бедах.

2. Конфликты в зеркале литературы

Трагедии в западной литературе, например в «Одиссее» Гомера, и восточная мудрость в назидательных произведениях стран Ближнего и Дальнего Востока показывают, что человеческая жизнь всегда неразрывно связана с болью и страданием. Очень четко это показано в трагедиях Софокла «Царь Эдип», «Эдип в Колоне» и «Антигона». Обработка древнегреческих мифов Эсхилом, например, в трилогии «Орестея» не уступает трагедиям Софокла. В них рассматриваются такие темы, как горе, скорбь, проклятие и гибель. Речь идет о смерти и убийстве, о мести, вине и страхе перед наказанием со стороны эвменид. Об актуальности этих трагедий свидетельствует тот огромный резонанс, который по-прежнему вызывают современные постановки «Орестеи» Петером Штайном и «Медеи» Хансом Нойенфельсом. Еще одно свидетельство власти бессознательных процессов – образ Пентесилеи в постановке драмы Генриха фон Клейста «Пентесилея», осуществленной Хансом Юргеном Зибербергом и Эдит Клевер.

Современная просвещенная публика вряд ли проявляла бы к этим произведениям такой большой интерес, если бы в них не рассматривался трагический материал общечеловеческих жизненных проблем. Невозможно представить себе классическую литературу без изображения постоянно повторяющихся проблем и конфликтов, связанных с любовью, страданием, ревностью, смертью, ненавистью, местью и завистью. Драмы Шекспира показывают трагичность судеб великих правящих династий, любовные страдания и услады, а также живость ума и юмор, присущие обычным людям. Великие немецкие романы, от «Парсифаля» Вольфрама фон Эшенбаха до «Будденброков» Томаса Манна и «Игры в бисер» Германа Гессе, рассказывают о беспорядке и ранних страданиях[1], о трагических жизненных коллизиях и о том, как с ними справиться. Неизведанные глубины человеческой души представлены в романах Достоевского столь же захватывающе, как и в произведениях Льва Толстого.

[1] «Непорядок и раннее горе» – название новеллы Томаса Манна, написанной в 1925 г. и опубликованной в 1926 г.– *Прим. ред.*

В литературе последних лет, в романах Генриха Бёлля, в произведениях Элиаса Канетти, Макса Фриша, а также в книгах Джеймса Джойса, Генри Миллера и Милана Кундеры, в рассказах Петера Хандке, Бодо Кирхгофа, Бото Штрауса и Мартина Вальзера мы находим достаточно материала, чтобы узнать самих себя с нашими повседневными, такими человеческими проблемами.

3. Конфликты в зеркале кино

То же самое мы испытываем при просмотре современных фильмов. Хотелось бы обратить особое внимание на киноленты рано умершего Райнера Вернера Фасбиндера. В них тонко и проницательно показаны неизведанные глубины человеческой души. Некоторые режиссеры, например Луис Буньюэль, целенаправленно занимаются психологией бессознательного, царством, расположенным между фантазией и реальностью. Здесь следует также упомянуть фильм Вима Вендерса и Петера Хандке «Небо над Берлином», а также и Вуди Аллена, который в своих фильмах всегда находит в человеческих слабостях веселые нотки.

В фильме Буньюэля «Дневная красавица» мы становимся свидетелями того, как молодая женщина, не получающая удовлетворения от жизни со своим вечно занятым мужем, в результате ряда случайных обстоятельств преодолевает привитое воспитанием стеснение и учится наслаждаться сексуальностью, которую она раньше вытесняла и подавляла. В истории немого кино есть подобный пример – известный фильм «Тайна одной души» режиссера Георга Вильгельма Пабста, которого консультировали лично Карл Абрахам и Ханс Закс. В этом фильме речь идет непосредственно об эдиповом комплексе, столь важном для психоанализа, – страхе мужчины перед женщиной, зависимости от матери и ревности к сопернику. В эдипальном треугольнике мы находим такие «закономерности»:

1) отношения с одним из значимых лиц, преисполненные любви;
2) ревность, когда эти нежные отношения оказываются под угрозой из-за появления третьего лица;
3) отношения с соперником, полные ненависти, которая может усиливаться вплоть до пожелания ему смерти.

Пазолини в фильме «Царь Эдип» облек эдипальный драматизм, в классическом виде выраженный в трагедиях Софокла, в современную форму, предназначенную для нынешней взыскательной публики. Роль

Иокасты исполняет Сильвана Маньяно, а Эдипа играет Франко Читти. В этом фильме современность и классическое прошлое взаимно дополняют друг друга: «Ты здесь, чтобы занять мое место. Но вначале ты отнимешь у меня ее, жену, которую я люблю»,– говорит мужчина, глядя на своего только что родившегося ребенка, лежащего в колыбели.

В греческой трагедии пастух хватает брошенного в лесу царского сына за ноги и туго связывает их, так что действительно исполняется то, что и означает имя «Эдип»[1] – отекшие ноги. В следующей сцене коринфский царь Полиб и его жена Меропа, у которых не было детей и которые мечтали о потомстве, берут на воспитание найденного пастухом ребенка. Когда, став подростком, он слышит от своего подвыпившего приятеля: «Ты не сын этого отца и этой матери»,– его одолевают сомнения, но он не может поверить ему. Поэтому он испытывает панический страх, когда дельфийский оракул предсказывает ему, что он убьет своего отца и женится на своей матери. Эдип прощается с ними, чтобы избежать предсказанной ему судьбы, чем лишь ускоряет исполнение пророчества, не представляя истинного положения дел. Считая, что он сын Полиба и Меропы из Коринфа, Эдип покидает Коринф и отправляется в Фивы. В одной из впечатляющих сцен Эдип намеренно кружится на месте, чтобы запутать судьбу и избежать суровых предсказаний оракула. Потом Эдип встречает какого-то величественного вида человека, с высоко поднятой головой восседающего в запряженной лошадьми колеснице. А так как Эдип не уступает дорогу, этот человек, требуя уважения к себе, угрожает ему: «Если ты не уступишь дорогу, я велю применить силу». Тут Эдип издает душераздирающий крик и убегает. Возницы преследуют его. Рассвирепевший Эдип убивает их одного за другим, затем бежит назад, насмехается над сидящим в колеснице стариком и, в конце концов, в состоянии аффекта убивает его.

В это время в Фивах свирепствует чума, с которой никто не может справиться. Сфинкс – чудовище, получеловек-полуживотное, наделенное, тем не менее, божественными качествами,– говорит: «Пропасть, которая разверзнется пред тобой,– в тебе самом». Никто не знает, почему несчастье обрушилось на целый город. Креонт (брат Иокасты) обратился за разъяснением к дельфийскому оракулу, а тот говорит: «В этом городе живет мужчина, на совести которого много пролитой крови, причем одна из жертв – Лай». А прорицатель Тиресий добавляет: «Если захочешь, ты все узнаешь». Эдип, еще не зная, что в своем неведении сам совершил это преступление, желает отомстить убийце. На это прорицатель говорит ему: «Не надо тебе познавать свою сущ-

[1] Латинская пословица «Nomen est omen», т.е. «Имя – знамение», «Имя говорит само за себя».– *Прим. ред.*

ность, ты можешь не вынести этого». Эдип считает, что должен узнать от Тиресия, кто преступник. Иокаста улыбается, а Тиресий продолжает: «Я вижу вещи в истинном свете. От несчастья, обрушившегося на город, спасение только в тебе. В тебе говорит страх. Родители – твоя погибель. Ты чужак, хотя рожден здесь. Сын оказывается братом, а жена – матерью, так решили боги». Иокаста говорит Тиресию: «Все это ложь. Не дано человеку видеть будущее». Потом Эдип: «Знать это – ужасно, я знаю уже слишком много», – в это время Иокаста упорствует: «Я не хочу этого слышать. Лучше этого не знать». Затем раб признается: «Было бы гораздо лучше, если бы ребенок тогда умер. Я должен был его выбросить. Он из рода Лая. Иокаста отдала мне этого ребенка, чтобы я его убил».

Вот так и открывается правда. В результате Иокаста повесилась, а Эдип выколол себе глаза: «Я не могу видеть мир. Глаза, которые не смогли увидеть истину, явно слепы, теперь свет может только ослеплять меня. Я виновен и все же невиновен, так как не ведал, не осознавал, что творил».

Заканчивается действие фильма в наши дни: идет современный Эдип в сопровождении мужчины по имени Анджело, играющего на флейте. И с нами снова и снова происходит одно и то же, нас постигает одно и то же несчастье; каждый из нас, и мужчина, и женщина, – это Эдип, когда отношения завязываются из лучших побуждений, а заканчиваются плохо.

Судьба Эдипа касается всех нас. Мы тоже, несмотря на просвещение XIX и XX вв., зачастую не ведаем, что творим, не знаем, какими мотивами руководствуемся. Мы думаем, что можем избежать несчастья, и все-таки притягиваем его. Несчастье заразительно. Как и Эдип, мы не знаем, по какой дороге идем и кто те люди, с которыми мы встречаемся. Многие фразы из фильма Пазолини могут стать значимыми для нас: «Важно все… По одному факту можно сделать вывод о другом… Я заставил себя забыть… Учись видеть, тогда многое откроется тебе… Преисполненные предчувствий, мы ничего не подозреваем, преисполненные вины, мы невиновны, – такова прихоть богов».

Мы разрываемся между желанием знать правду (даже если это будет трудно выдержать) и своим страхом узнать эту правду. Слепота физических («внешних») глаз открывает Эдипу внутреннее прозрение и понимание, которого многие боятся как проклятия; не случайно у психоанализа все еще так много врагов.

К концу этой главы мы приходим к выводу, что поэты, драматурги и писатели знали многое из того, что позднее открыл и систематизировал психоанализ. И наоборот, психоанализ оказал огромное влияние на литературу. Вспомним хотя бы Томаса Манна, Германа Гессе, Джеймса Джойса, Т. Элиота и Д. Лоуренса, а в изобразительном ис-

кусстве – Дали, Пикассо, Макса Эрнста и др. В настоящее время психоанализ заново открыл для себя кино. Во многих городах психоаналитики комментируют показы современных фильмов. Причем публика проявляет живой интерес к интерпретациям, которые дают психоаналитики. С помощью психологических экспериментов, опросников и тестов невозможно выявить человеческие (слишком человеческие) конфликты и страдания. Поэтому пусть свидетельства нашей западной культуры говорят сами за себя. Они согласуются с психоаналитической теорией и методами психоанализа. Этой вводной беседой мы хотели бы пробудить интерес читателя к тому, что его ожидает в следующих главах данной книги.

II. Захватывающая история психоанализа

Личности, а не принципы двигают время.

Оскар Уайльд

1. Корни психоанализа в естественных науках, литературе и философии

1.1. Предшественники

Изложение психоанализа и истории его развития мы начнем, обратившись к метафоре древа познания. Ствол символизирует научные труды Зигмунда Фрейда, а его корни уходят в Вену 1890-х годов. Сами корни берут начало в естественных науках, философии и поэзии. Они питают ствол (научные труды Зигмунда Фрейда) и все его многочисленные ветви. Здесь следует назвать эволюционное учение Дарвина и биогенетический закон Геккеля, которые оказали огромное влияние на Фрейда еще когда он учился в школе. Еще один корень уходит в Венский физиологический институт, которым руководил профессор Эрнст Брюкке; там Фрейд написал свои первые научные работы и познакомился с Йозефом Брейером. Следующий корень берет начало во Франции, в парижской клинике Сальпетриер. Там Фрейд, тогда еще молодой врач, работая вместе со знаменитым психиатром Шарко, увидел проявления распространенной тогда болезни – истерии – и познакомился с гипнозом как методом научного исследования и лечения.

В те времена, когда Фрейд увлекался естественными науками, он руководствовался в своих размышлениях медицинской моделью болезни, в которой доминирует причинно-следственный принцип объяснения, а борьба с симптомами ведется путем устранения порождающих их причин; например, чтобы вылечить от туберкулеза, нужно уничтожить туберкулезные бациллы. С другой стороны, Фрейд интересовался литературой и искусством, увлекался археологией и философией, про-

являл интерес к самопознанию. Он воспринял и проработал многое из того, что навевал дух времени его молодости, и интегрировал это в свои научные труды, так что сегодня мы не можем определить точное происхождение его идей. Огромное влияние на Фрейда оказали следующие выдающиеся личности:

1) философ, математик и политический писатель Готфрид Вильгельм Лейбниц (1646–1716), создавший учение о монадах. Монады – это мельчайшие духовно-психические единицы, которые под влиянием тела хотя и функционируют очень по-разному, но, в конечном итоге, оказываются неделимыми, как и индивидуум;
2) врач и естествоиспытатель Карл-Густав Карус (1789–1869), который определил, что доступ к бессознательной психической жизни можно получить через чувства и сновидения («Лекции о психологии», 1831);
3) философ Эдуард фон Гартман (1842–1906), написавший трехтомную «Философию бессознательного» (1869);
4) философ и педагог Иоганн Фридрих Гербарт (1776–1841), в главном труде которого «Общая метафизика» (1828–1829) описываются «влечения», которые могут вытесняться и находиться «ниже порога сознания».

Следует также назвать Артура Шопенгауэра. Его «воля к жизни» имеет много общего с фрейдовскими «влечениями» и с «Эросом». Ницше был автором знаменитой фразы: «„Я это сделал“, – говорит моя память. „Я не мог этого сделать“, – говорит моя гордость и остается непреклонной. В конце концов память уступает». Впоследствии Фрейд назовет это вытеснением.

1.2. Естественно-научные основания

Для создания своей теории Фрейду потребовалась смелость мышления. Интуитивно, но в полном соответствии с господствовавшим тогда естественно-научным мировоззрением и представлениями классической физики, Фрейд дал объяснение (Freud, 1895) истерических симптомов по аналогии с физиологическими процессами, например, в работе «Проект (научной) психологии» (Freud, 1950c). Здесь описывается теория нейронов, затрагиваются проблемы количества и качества, первичных и вторичных процессов, аффектов и желательных состояний, причем для объяснения функционирования психики был опробован биологический подход, в полном соответствии с последовательным естественно-научным мышлением.

Элементы этого раннего наброска теории психики, основанной на положениях физики, мы находим во всех произведениях Фрейда. На его теорию либидо, объясняющую причины, цели и средства влечений, сильное влияние оказал понятийный аппарат естественно-научных дисциплин; таковы понятия «психический аппарат», «разрядка количества напряжения», метафора электрического заряда, «сумма возбуждения», «вложение энергии, нагрузка» (Besetzung), «сопротивление» и мн. др.[1] Поэтому логично видеть в этих научных представлениях психоанализа его естественно-научную сторону с корнями в физике и физиологии. Об этом свидетельствует также «Манифест венских естествоиспытателей», который призывал вступать в *Общество позитивистской философии* и который, наряду с Эрнстом Махом, Альбертом Эйнштейном и Хансом Райхенбахом, подписал также и Зигмунд Фрейд. Позднее эта группа была переименована в *Общество эмпирической философии.*

1.3. Герменевтические основания

Не менее значим в трудах Фрейда герменевтический аспект; борьба за понимание научного предмета, произведения искусства или человека с его проблемами. Если мы хорошо знакомы с жизненной ситуа-

[1] Стрейчи перевел *Besetzung, besetzen* на английский как *cathexis, cathexed,* и сегодня этот термин так и используется в современных английских текстах. В русских изданиях прежних лет также применялся термин «катексис», «катектированный». На эту тему в психоанализе ведется дискуссия, содержание которой могло бы заполнить целые библиотеки, впрочем, как и обсуждение многих других предложений Стрейчи по переводу. В литературе отражены разные точки зрения на этот термин; я, как и многие другие авторы, склонен понимать фрейдовский термин *Besetzung,* во-первых, как экономический процесс, связанный с энергией влечений (уровень метапсихологии); клинически же Фрейд под этим понятием имел в виду эмоции или генерирование значений, т. е. символизацию: когда мы любим какого-нибудь человека, мы вкладываем в него или в нее либидинозную энергию; можно либидинозно, аффективно наполнить, «нагрузить» музыку, свою страну, стихотворение и т. д. Но понятие *besetzen* гораздо сильнее, чем просто «проявить какое-либо чувство»; скорее оно включает в себя метафорическое, а в тяжелых случаях и непосредственное завладение объектом. То же самое относится и к агрессивным чувствам. Но слово *besetzen* означает также «начать процесс символизации». В работе «Бессознательное» Фрейд пишет, что система предсознательного возникает за счет *Überbesetzung,* «переполнения»; в других местах: только то, что наполнено энергией влечений, приобретает аффективное значение. Здесь слово *Besetzung* почти равнозначно генерированию, выработке значений и тем самым триангуляции, символизации, ментализации, отношению. – *Прим. Т. Мюллера.*

цией какого-нибудь человека, мы можем быстрее понять, о чем он нам рассказывает. Мы можем представить себе, как чувствует себя другой человек, когда жалуется на зубную боль или любовные муки, ведь каждый из нас когда-нибудь испытывал зубную боль или страдал от разочарований в любви. Правда, не всегда это понимание дается так легко. Нам приходится ставить себя на место другого человека, входить в его положение, интенсивно разбираться с его ситуацией, чтобы понять, что его мучает.

Вероятно, со своими первыми пациентами Фрейд применял этот метод по больше части бессистемно, пытаясь сделать до того недоступные бессознательные психические процессы доступными как сознанию своих пациентов, так и своему собственному. Он просто давал им выговориться («лечение разговором»), терпеливо выслушивал их и пытался понять, как они себя чувствуют, ощущают, о чем думают и к каким выводам приходят. Кроме естественно-научной части, этот «ствол» психоаналитических научных выводов с самого начала содержит мощную, ярко выраженную философскую «сердцевину», элементы, которые Альфред Лоренцер (Lorenzer, 1970) вместе с Юргеном Хабермасом (Habermas, 1986) позднее назвал «глубинной герменевтикой», так как она, в отличие от традиционной философской герменевтики, целенаправленно выявляет бессознательные процессы в глубинах души.

2. Основатели психоанализа

2.1. Фрейд и Абрахам

Фрейд – основатель психоанализа

Конечно, в психоанализе Фрейд занимает первое место. Он хотел разгадать загадку истерии. С естественно-научной точки зрения, неврологические причины в форме органических повреждений нервной системы можно было исключить. Может быть, причины были в «психической» сфере? Это позволило выйти на новый уровень исследований – психологический, который, правда, вскрыл огромные гносеологические проблемы, так как психические процессы недоступны для прямого наблюдения. Представление о них можно составить только на основе косвенных признаков, аналогично тому, как сделать выводы об электричестве можно лишь опосредованно, через его воздействие.

Но создание психоанализа стало делом не одного только Зигмунда Фрейда. Тем или иным образом в нем участвовали Шарко, Брейер

и, прежде всего, Вильгельм Флис. В период с 1887 по 1904 г. Фрейд вел оживленную переписку с Вильгельмом Флисом (Freud, 1985c). В эти годы Фрейд, так сказать, в диалоге со своим другом открыл важнейшие принципы психоанализа: происхождение неврозов, возникновение страха, защитных неврозов, архитектуру истерии, невроза навязчивых состояний и паранойи.

Протоколы «Психологического общества по средам», заседания которого проходили в квартире профессора Фрейда, были изданы в четырех томах Германом Нунбергом и Эрнстом Федерном (Nunberg & Federn, 1976–1981). Они охватывают период с 1906 по 1918 г., в них входят протоколы всех заседаний Венского психоаналитического объединения.

Там были прочитаны доклады, которые до сих пор представляют интерес, например доклад Отто Ранка о драме инцеста, Альфреда Адлера об органической основе неврозов, Вильгельма Штекеля о причинах нервозности, доклады о вышедших новых книгах, о литературе и клинических случаях. «Ecce homo. Как становятся самим собой» Ницше обсуждали так же бурно, как и клинические феномены, психологию марксизма, творчество Генриха фон Клейста и (не в последнюю очередь) предполагаемый вред от мастурбации.

Фрейд представлял свои недавно написанные работы, на которые получал ответную реакцию группы; он детально останавливался на инициативах членов группы. При таком подходе открытия психоанализа не казались исключительно результатом размышлений одного лишь его основателя. Зигмунд Фрейд выступал, скорее, от имени группы коллег с обобщением результатов дискуссий. В группе были и люди с тяжелым характером, но смекалистые и «светлые головы», которые, как Карл Абрахам, Отто Ранк, Альфред Адлер, Эдуард Хичман, Исидор Задгер, Вильгельм Штекель, Фриц Виттельс, примкнули к Зигмунду Фрейду из чистого любопытства. Позднее к ним присоединились Шандор Ференци, а также Людвиг Йекельс, Виктор Тауск, Теодор Райк, Ханс Закс, Герберт Зильберер и Альфред Фрайхер фон Винтерштайн. А еще позднее в обществе появлись Лу Андреас-Саломе, Зигфрид Бернфельд, Людвиг Бинсвангер, Хелене Дойч, Отто Фенихель, Гермина фон Хуг-Хелльмут, Ганс Лямпль, Карл Ландауэр, Герман Нунберг, Отто Петцль и Эдуардо Вайс, а также некоторые менее известные лица; все они приносили на обсуждение в Психологическое общество по средам свои оригинальные работы.

Чтение протоколов общества дает живое представление о том, насколько активно его участники боролись за правду, насколько научно и строго они вели дискуссии. С Психологического общества по средам начинается психоаналитическое движение, призванное сохранять и развивать психоаналитическое учение. Решительность, с ко-

торой Фрейд защищал сексуальное происхождение наших желаний, например, в «Толковании сновидений» (Freud, 1900a), стоила ему не одной дружбы. В 1903 г. произошел его разрыв с Вильгельмом Флисом из-за споров о концепции бисексуальности. После «Толкования сновидений» одна за другой вышли «Психопатология обыденной жизни» (Freud, 1901b), основополагающая статья «Психоаналитический метод Фрейда» (Freud, 1904a), «Остроумие и его отношение к бессознательному» (Freud, 1905c), «О психотерапии» (Freud, 1905a), «Три очерка по теории сексуальности» (Freud, 1905d) – захватывающие и удивительно откровенные работы.

Фрейд был известен широким слоям общественности, хотя отношение к нему было очень разным. Многие медицинские авторитеты не принимали его теории, а другие, например Эйген Блейлер (Цюрих), принимали психоанализ, хотя и с оговорками. Так что у Фрейда были все основания искать новых друзей, и он находил их. Карл Густав Юнг входил в их число, как и Альфред Адлер и Вильгельм Штекель.

Вплоть до сегодняшнего дня не прекращаются нападки на психоанализ, причем по многим причинам: из-за его якобы ненаучности, из-за отсутствия доказательств достигаемых результатов, из-за трудностей в овладении им, из-за его метода, который нелегко подтвердить результатами объективных исследований, из-за «сектантского» характера его организации, но прежде всего, конечно, из-за его неутешительных выводов об истинной природе человека.

Карл Абрахам у истоков психоанализа

Одним из учеников Фрейда, выдвинувшим огромное количество идей и обладавшим богатым клинически опытом, был Карл Абрахам. В клинической работе с психотическими пациентами он сформулировал первые понятия психоаналитической теории объектных отношений (Abraham, 1924). До этого Абрахам ушел из знаменитой цюрихской клиники Бургхёльцли, чтобы начать работу в Берлине, чему способствовал лично Фрейд,– и у этого решения были далеко идущие последствия. Так, в Берлине возникла первая «зародышевая клетка» германского психоанализа. В 1920 г. в культурной атмосфере «бурных двадцатых»[1] в Веймарской республики открывается первая в мире психоаналитическая поликлиника, деятельность которой живо обсуждается в «Циркулярных письмах» (Fenichel, 1934–1938).

---

[1] Так обычно называют 1920-е годы, для которых характерны социальный, артистический и культурный динамизм. Обычно имеется в виду Северная Америка, хотя сходные явления наблюдались также в Лондоне, Париже и Берлине.– *Прим. ред.*

В эту берлинскую группу вошли многие известные психоаналитики. Тот, кто принадлежал к ней, пользовался авторитетом. В 1928 г. были узаконены первые официально признанные директивы психоаналитического образования с тремя учебными блоками: обучающим анализом, теорией и супервизией. Даже Лондон в результате деятельности Джеймса и Алекс Стрейчи оказался под сильным влиянием не только Вены, но и Берлина. Абрахам написал много важных работ по клинике и теории психоанализа; прежде всего, известен его «Очерк развития либидо» (Abraham, 1924). Наряду с Фрейдом именно Абрахам внес существенный вклад в понимание печали и меланхолии, формирования характера, ранних взаимоотношений родителей и детей, сновидений и символов, а также заложил основы психоаналитической этнологии. Все это отражено в двухтомнике избранных сочинений Абрахама, изданном под редакцией профессора Кремериуса (Abraham, 1969).

3. Отступники

3.1. Альфред Адлер

Следует сказать, что жесткие для тогдашнего времени истины о сексуальности неизбежно должны были привести к разногласиям. Ужаснувшись последствиям переноса и контрпереноса, непредвиденным реакциям первой психоаналитической пациентки Анны О., покинул Фрейда Йозеф Брейер, затем отвернулись от Фрейда Альфред Адлер и Вильгельм Штекель. Именно огромная роль, отводимая Фрейдом сексуальности, представляла для его учеников особые проблемы.

Альфред Адлер выдвинул понятие «неполноценного органа», вынуждающего человека компенсировать его «неполноценную» функцию, например, когда ребенок, испытывавший трудности при ходьбе, вырастает и добивается больших спортивных достижений в беге. Да и хорошо известное понятие «чувство неполноценности» тоже сформулировано Альфредом Адлером; такое чувство возникает у ребенка, когда его недостаточно хвалят за достижения. Кроме того, Адлер обращал внимание на возрастную позицию своих пациентов в ряду сиблингов, на особый семейный климат, который способствует или препятствует психическому развитию. Адлер вводит термин «мужской протест» – мужчина ни в коем случае не хочет показаться хлюпиком, «бабой», он вынужден утрировать мужские черты (Adler, 1922, S. 41). Тем самым Адлер составил конкуренцию Фрейду, отвергая его теорию либидо.

Кроме того, Адлера особенно интересовала проблема агрессивного поведения людей – аспект, которому Фрейд в своих ранних работах не придавал большого значения. Возникли споры о приоритете идей, а потом стали сказываться и политические разногласия, так как Адлер был последовательным марксистом. С уходом Адлера психоанализ потерял социально активного и педагогически одаренного приверженца. Но его учение развивалось, правда, уже в качестве самостоятельного направления под названием «индивидуальная психология».

3.2. Вильгельм Штекель

Вильгельм Штекель отличался огромной литературной плодовитостью. Его труд «Расстройства в жизни влечений и аффектов» (Stekel, 1908) состоит из десяти томов. Фрейд был для Штекеля непререкаемым авторитетом, а между тем Фрейд все больше критиковал активную технику Штекеля, который легковесно использовал мало аргументированные интерпретации бессознательных побуждений. Разногласия между их позициями вскоре стали настолько непреодолимыми, что Штекель, вслед за Адлером, был вынужден выйти из Венского психоаналитического общества. Большую роль в созданном Штекелем активном психоанализе играет эффект внезапности. Интерпретации делаются активнее, причем для подхода Штекеля характерна опора непосредственно на интуицию. Штекель твердо придерживался теории эдипова комплекса и неустанно подчеркивал роль бессознательных процессов в возникновении невротических расстройств. Психоаналитическая краткосрочная терапия обязана Штекелю очень многим.

3.3. К. Г. Юнг

Из психоанализа вышла аналитическая психология Карла Густава Юнга. Как свидетельствует обширная переписка между Фрейдом и Юнгом (см.: Sigmund Freud, C. G. Jung: Briefwechsel. Frankurt/M. Suhrkamp, 1974), их интенсивное сотрудничество продолжалось многие годы. Фрейд хотел, чтобы Юнг стал его последователем. Но Юнг не соглашался с тезисом о примате сексуальности при объяснении причины неврозов, на котором настаивал Фрейд. Юнг разработал свою собственную теорию либидо, в которой он отошел от положения о первичности сексуальности.

Позднее между Фрейдом и Юнгом возникло соперничество, причем Фрейд, как известно из достоверных источников, в присутствии

Юнга дважды терял сознание. Тем самым Фрейд проявил свою неспособность противостоять Юнгу. Но даже если кто-то не согласен с идеями юнговской психологии, уже один объем его трудов и разнообразие обсуждаемых им тем вызывает уважение: психология и патология так называемых оккультных феноменов, диагностика с использованием ассоциаций, психические причины психозов. Интерес Юнга вызывали, прежде всего, архетипы, символы сновидений, психические проблемы современности, реальность души и образы бессознательного. С тех пор влияние К. Г. Юнга в немецкоязычных странах не ослабевает; соответствующие учебные институты находятся в Штутгарте и Цюрихе. В англоязычных странах хорошо известны и Юнг, и Адлер, о чем свидетельствуют многочисленные переводы их работ и издание собрания сочинений Юнга на английском языке. О сходствах и различиях в теориях и методах лечения, присущих классическому психоанализу и аналитической (юнгианской) психологии, прекрасно написал Рольф Фечер (Fetscher, 1978) в книге «Основные направления глубинной психологии З. Фрейда и К. Г. Юнга». Мы приводим схему из этой книги, обобщенно представляющую идеи трех основных школ глубинной психологии.

Таблица 1
Различные акценты в подходах Фрейда, Адлера и Юнга

	Фрейд	**Адлер**	**Юнг**
Мышление	Каузальное	Социальное	Финальное
Подход к сновидениям	Редуктивный (решающее значение приобретает латентное содержание)	Финальный	Компенсаторный (отображаются архетипы)
Понимание бессознательных процессов	Индивидуальное бессознательное	Делается акцент на семейном климате, сиблингах	Коллективное бессознательное
Сексуальность	Придается первостепенное значение	Не придается решающего значения	Не придается решающего значения
Агрессивность	Влечение к смерти	Влечение к власти («мужской протест»)	Мало учитывается
Перенос	Очень важен; основа для изменений	Скорее, игнорируется; делается акцент на педагогических элементах	Скорее, игнорируется; ссылка на общие для аналитика и анализанда архетипы

4. Смена акцентов

4.1. Психология Я и учение о защите

С приходом в психоанализ Анны Фрейд и с появлением ее статей и книг в центре интересов психоаналитиков все больше и больше оказывалась та инстанция психики, которая отвечает за проработку конфликтов. Правда, с этим было связано некоторое притупление остроты психоанализа, так как книга дочери Зигмунда Фрейда «Я и механизмы защиты» (опубликованная в 1936 г.) провозглашала уход от влечений, от «непристойной» сексуальности и от «жуткой» агрессивности. В этом контексте нелишне будет напомнить, что Зигмунд Фрейд называл свою дочь Антигоной. Анна Фрейд, Хайнц Хартманн, Эрнст Крис и Рудольф М. Лёвенштейн создали теорию, которая вышла за рамки эпохального сочинения Зигмунда Фрейда «Я и Оно» (Freud, 1923b), в котором он разработал так называемую структурную теорию (Оно, Я и Сверх-Я). Согласно этой теории, Я рассматривается как средоточие страха и орган конфликта с окружающим миром. Энергетический резервуар для таких его функций, как мышление, принятие решений и поступки, происходит из особого источника энергии, непосредственно не связанного с сексуальностью, с которой Зигмунд Фрейд ранее связывал происхождение всей энергии. В те решающие 1930-е годы многие работающие психоаналитики в сотрудничестве с аналитиками, прошедшими предварительную психологическую подготовку, такими как Дэвид Рапапорт, стремились придать психоанализу вид науки о поведении и мотивах людей; это сделано, например, в книге Дэвида Рапапорта «Структура психоаналитической теории» (Rapaport, 1959). Благодаря этому психоанализ приобретал характер академичности, что делало его весьма привлекательным для психологов.

4.2. Шандор Ференци, Микаэл Балинт и Будапештская школа

К основоположникам психоанализа, несомненно, принадлежит Шандор Ференци, известный, прежде всего, своими работами по теории и технике психоанализа, в которых акцент сделан на теорию травмы. В то время как Фрейд, поддерживаемый большинством своих приверженцев (ряды которых постоянно росли), рассматривал теорию влечений, бессознательные желания и фантазии ребенка, в которых участвуют родители и другие значимые лица, как важнейшие силы прогресса и источник

расстройств человеческой психики, Ференци никогда не упускал из виду, что выпадает на долю ребенка, оказавшегося жертвой своих родителей. В двух своих поздних работах – «Анализ детства с взрослыми людьми» (Ferenczi, 1931) и «Речевая спутанность в общении взрослого и ребенка» (Ferenczi, 1932) – Ференци сформулировал те положения, из которых возникла Венгерская психоаналитическая школа (Nemes & Berényi, 1999), возродившаяся в США благодаря психологии самости Хайнца Кохута.

Одним из первооткрывателей современной теории объектных отношений был Микаэл Балинт. Многочисленные направления современной теории объектных отношений так или иначе опираются на его работы. В противовес фрейдовским теоретическим концепциям психического развития, опирающимся на влечения и структуру психики, Балинт создает альтернативную модель, ориентирующуюся на объектные отношения. В его концепции прегенитального развития фрейдовская теория первичного, безобъектного нарциссизма замещается концепцией «первичной любви» или «первичных объектных отношений» (Balint, 1966). Балинт разработал свою собственную теорию формирования характера (окнофилия и филобатизм[1]). Критикуя созданные Фрейдом концепции развития влечений и стадий развития за то, что они построены на артефактах ошибочных стилей воспитания (Bacal & Newman, 1990), он стал предшественником теории психологии самости; имеется в виду его концепция «базисного дефекта», психических дефицитарных заболеваний самости, возникающих очень рано из-за неправильного отношения окружающих людей. Как и в психологии самости, речь здесь идет о базисном дефекте, точнее, недостатке (basic fault) в отношениях со значимыми лицами, несущими ответственность за ребенка (Balint, 1970). Неизбежным следствием такого недостатка оказывается возникновение у ребенка особого расстройства, которое из-за его раннего появления названо Балинтом базисным дефектом; упрощая, психотерапевты часто говорят о «раннем расстройстве», подразумевая под этим, что из-за отсутствия соответствующего возрасту ребенка внимания родителей у ребенка возникают структурные дефициты; это создает особые проблемы при психоаналитическом лечении, ограничивая возможность анализа и заставляя психоаналитиков прибегать к различным модификациям традиционной техники. В этой связи обязательно следует вспомнить Имре Германа (Hermann, 1993). Говоря о психоанализе как методе он подчеркивал как детерминированность бессознатель-

[1] Окнофилия – депрессивная позиция; окнофилы интроективно притягивают объект к себе. Филобатизм – паранойяльно-шизоидная позиция; филобаты агрессивно и проективно защищаются от объекта. – *Прим. ред.*

ных процессов, так и специфическую непрерывность психоанализа. Кроме того, отмечая необходимость «поиска смысла», он стал одним из первых аналитиков, выступавших за конструкцию интерпретаций, а не за их реконструкцию. Однако смысл не выдумывается от начала до конца, а раскрывается косвенно через уровень переживаний анализанда, непредвзятость, интерполяцию и экстраполяцию: «Конструкция должна встраиваться в непрерывность хода жизни, она должна рационально дополнять прежнюю мозаичную картину жизни пациента» (Hermann, см.: Nemes & Berényi, 1999, S. 219). В Будапеште возникло и понятие «влечение привязанности», предвосхитившее теорию привязанности. В этом отношении поражает современность идей Лилиан Роттер (см.: Nemes & Berényi, 1999, S. 253 и далее); так, в противоположность Фрейду, она разрабатывает позитивную точку зрения на женскую идентичность: сексуально возбуждающее воздействие молодой женщины на мужчин – это важное условие для уверенной женской половой идентичности. Кроме Ливии Немеш, Лайоша Секели, Штефана Секач-Шёнберга особой известностью среди психоаналитиков – выходцев из Венгрии пользуется Андре Хайнал (Haynal, 1989), благодаря своим работам по технике психоанализа (Nemes & Berényi, 1999).

4.3. Эрик Х. Эриксон и теория идентичности

В разработанной Эриком Хомбургером Эриксоном психоаналитической теории идентичности рассматривается еще одна тема. Его теория была изложена в книге «Детство и общество» (Erikson, 1960), вышедшей в 1950 г. на английском и в 1961 г. на немецком языке. Эриксон включил в свои рассуждения понятие социального окружения субъекта. Он описывал не только среднестатистическое окружение, как делал еще Хайнц Хартманн (Hartmann, 1964), но и, не будучи марксистом, учитывал господствующий общественный строй и его историческое развитие, как они понимаются в социологии. Эриксон рассматривал такие темы, как американская национальная идентичность, легенда о детстве Гитлера, а также юность Максима Горького, написал две увлекательные (и познавательные в общеобразовательном плане) биографии – молодого Лютера и индийского борца за ненасильственное сопротивление Ганди. Он вынес на обсуждение понятие кризиса и разработал теорию, согласно которой бывают моменты, которые могут стать весьма значимыми в историческом плане, особенно когда история жизни индивида ложится на благоприятный уровень развития общества (Erikson, 1975). Понятие идентичности, веденное Эриксоном, до сих пор оказывает влияние на психоанализ.

4.4. Рене А. Шпиц и ранние отношения «мать–дитя»

Шпиц (Spitz, 1965) был одним из тех пионеров психоаналитической теории развития, которые пытались опираться на эмпирические наблюдения. Свои теории, подкрепленные опытными данными, он изложил в нескольких книгах. Кроме того, Шпица можно считать одним из первых психоаналитиков-теоретиков, обратившимся к аффектам. Шпиц проводил наблюдения в детских домах, где ему стало очевидно, что отсутствие эмоционального общения, даже при оптимальном уходе и удовлетворении всех физических потребностей младенцев и детей ясельного возраста, приводит к тяжелейшим психическим дефектам, таким как маразм, и эти дети могут даже умереть. Шпиц снял в детдомах несколько фильмов и затем, для обоснования собственных выводов, обратился к экспериментам Харлоу (Harlow et al., 1958), которые проводились на детенышах обезьян. Оказалось, что даже у приматов отсутствие эмоционального общения может привести к плачевным результатам. Шпиц разделил психическое развитие людей на отдельные ступени, на каждой из которых действуют соответствующие «психические организаторы». Психические организаторы для Шпица – это не просто проявление новых структур психического развития. Скорее наоборот, с появлением определенного психического организатора прежние разрозненные тенденции развития начинают интегрироваться, приводя к качественному скачку в развитии.

Шпиц разработал положение о четырех видах психических организаторов. Огромную роль на любых ступенях развития играют аффективное взаимодействие и аффективный диалог между младенцем и первичными объектами.

Улыбку, появляющуюся в возрасте 3 месяца, Шпиц считает первым психическим организатором в развитии Я; он называет этот организатор социальной улыбкой.

Второй психический организатор в развитии Я – это тревога и/или страх перед незнакомыми людьми, испытываемые ребенком в возрасте 8 месяцев. Этот признак свидетельствует о начале развития психической, либидинозно нагруженной константности объекта. Хотя новейшие исследования и показали, что кульминация страха перед незнакомыми людьми (а с ней и центральное структурирующее и динамическое значение опыта разлуки и утраты) приходится примерно на вторую половину второго года жизни и что младенец еще до 8-месячного возраста способен различать знакомые и незнакомые лица, теоретические выводы Шпица являются основополагающими для понимания развития Я (см. главу II.4 «Концепция Малер о кризисе повторного воссоединения» и главу IV.2 «Депрессивная позиция, разра-

ботанная Кляйн»). Так называемая стадия упрямства («Нет»), а также достижение константности объекта в начале эдипального развития – это два других психических организатора.

4.5. Рональд Фэрберн: подлинная альтернатива теории влечений

Фэрберн сформулировал свои теоретические идеи в 1930–1940-е годы в Шотландии, в стороне от господствующего психоаналитического течения (Beattie, 2003). Долгое время их не принимали. Хотя Фэрберна интенсивно обсуждали англоговорящие аналитики и он оказал большое влияние на кляйнианский психоанализ, его влияние на американский, континентально-европейский и южноамериканский психоанализ начало сказываться только в 1970-е годы. Значение его идей обусловливается, в частности, тем, что свои теоретические выводы он сделал, опираясь на непосредственную клиническую работу, прежде всего с шизоидными личностями. Фэрберн предпринял попытку сформулировать модель психического развития в понятиях интернализованных объектных отношений в противовес классической метапсихологии и фрейдовской теории влечений.

Исходным пунктом для Фэрберна (Fairbairn, 1952) стало представление о том, что либидо – это поиск объекта, а не поиск удовольствия. Согласно его концепции, Я – это структура, состоящая из интернализованных объектных отношений. Первоначальный, самый ранний страх – это страх разлуки с матерью (отделения от матери); потрясение от переживаний, связанных с разлукой с матерью, могут повлечь за собой активацию шизоидных механизмов. При этом два аспекта интернализованного объекта (возбуждающий и фрустрирующий) отщепляются от главного ядра объекта и вытесняются Я. Фэрберн рассматривает шизоидную позицию (используя тот же термин, что и М. Кляйн, но наполняя его другим содержанием) как первую стадию психического развития. Ее признаком является то, что предсознательное/сознательное Я связывается с сознательным/предсознательным, чаще всего идеализированным, внутренним объектом. Отдельно от них связываются между собой бессознательная «антилибидинозная» часть Я с «плохим» «антилибидинозным» объектом, а также еще один бессознательный «либидинозный» аспект Я с возбуждающим «либидинозным» объектом. Эту ситуацию Фэрберн описывает как шизоидную, так как и Я, и объект расщепляются на «хорошие» и «плохие» части.

Фэрберн понимает перенос как реактуализацию интернализованных объектных отношений, в которой одно за другим активируются

антилибидинозные и либидинозные объектные отношения. Чтобы воспрепятствовать этому, шизоидные пациенты формируют поверхностные и бессодержательные отношения переноса. Фэрберн исследовал также вторичные последствия этих процессов расщепления и другие вторичные процессы защиты. И защита от агрессивных, и защита от либидинозных зависимых отношений с объектами (причем опыт этих отношений воспринимается как гораздо более угрожающий) представляют собой характерные признаки подобной структуры личности. Эти шизоидные пациенты в свое время на опыте убедились в том, что зависимость сопряжена с разрушительными последствиями в отношениях с первичным объектом. Поэтому они стараются сохранить отношения между своим предсознательным/сознательным Я и спроецированным на аналитика идеальным объектом, в то время как интенсивные и опасные аффективные аспекты отношений, такие как любовь или ненависть, остаются отделенными. Типичные шизоидные паттерны поведения (навязчивость, интеллектуализация и избегание) Фэрберн считал вторичными защитными маневрами этого основного шизоидного процесса. Важно иметь в виду, что Фэрберн понимал эти процессы как активную деятельность Я, а не как дефекты. Агрессия в теории Фэрберна чаще всего рассматривается как реакция на фрустрацию или депривацию, прежде всего в отношениях с первичным объектом. Фэрберн исследовал также истерические расстройства личности и обнаружил в них шизоидные процессы. Идеи Фэрберна были подхвачены Сазерлендом (Sutherland, 1989) и прежде всего Висдомом (Wisdom, 1962) и Кернбергом (Kernberg, 1980).

4.6. Маргарет С. Малер: психологическое рождение

Свою теорию развития Малер создала, работая с тяжелобольными, часто психотическими детьми. Ее идеи во многом созвучны с теорией Эдит Якобсон, они довольно четко определяют этапы дифференциации самости и объектов, а также их интеграции. Теория развития Малер точно устанавливает стадии фиксации и регрессии, которые можно наблюдать в клинической работе с взрослыми и детьми. Кернберг (1980) указывал, что это впервые позволило точно локализовать места фиксации пограничной структуры личности. С точки зрения методики исследований, Малер, как и Фрейд, взяла за модель психопатологию, чтобы, исходя из нее, делать выводы о нормальном развитии. В ее основной работе описан процесс «психологического рождения», состоящий из сепарации и индивидуации. Малер выделяет следующие стадии развития ребенка.

Фаза нормального аутизма, занимающая первые недели жизни ребенка, служит поддержанию состояния гомеостаза, максимально свободного от напряжения. Младенец окружен защитой от возбуждения (от угрозы разрушительных внешних воздействий), которая предохраняет его от чрезмерных раздражителей. На этой стадии у младенца нет восприятия объекта; лишь постепенно он начинает различать приятные, «только хорошие», и неприятные, «только плохие» состояния. Эта фаза сменяется периодом «симбиоза» (начиная примерно с двухмесячного возраста), когда младенец постепенно догадывается, что удовлетворение его влечений зависит от некоего объекта, существующего вне зоны его аутистического всемогущества (Mahler et al., 1975). Задача этого объекта состоит в том, чтобы помочь младенцу выбраться из аутистической скорлупы. Поэтому младенец крайне зависим от материнской функции, служащей психобиологическим регулятором. Малер называет эту стадию предобъектной. Дифференциация самости и объекта еще не достигнута, вместо этого господствует представление о «двойственном единстве», характеризующемся «сомато-психическим всемогущим слиянием» с объектом. Это двойственное единство младенца и матери как бы окружено «общей совместной мембраной» и длится вплоть до девятого месяца жизни. Оно постепенно разрушается не только под действием имманентных тенденций развития, но и из-за «вступления в игру» третьего объекта – отца, а также неизбежных фрустраций матери.

Далее разворачиваются различные стадии процесса сепарации-индивидуации, собственно «психологическое рождение самости». Сначала происходит первая дифференциация структур Я, прежде всего телесного Я, а также возникают первые репрезентанты самости и объектов. За субфазой «дифференциации» следует вторая субфаза «практики» (длящаяся примерно до полутора лет), когда на первый план выдвигается развитие и испытание моторики, «завоевание мира в приподнятом настроении». На этой стадии все больше ослабляется симбиоз и возрастает независимость от первичного объекта. В третьей субфазе – «кризисе нового воссоединения», которая может продлиться до 3–4-летнего возраста, происходят неоднократные отделения от матери и повторные сближения с ней, характеризующиеся выраженной амбивалентностью. На этой стадии доминирует расщепление репрезентантов самости и объектов, характеризующееся увеличением чувствительности ребенка к своим ограничениям и обидам, в сочетании с сильным страхом утраты объекта, а также страхом отделения от матери, который в ходе развития превращается в страх потери любви. Ребенок осознает свою возрастающую отделенность от первичного объекта. Один из важнейших шагов на этой фазе – отказ от инфантильного всемогущества и от симбиотическо-

го объекта, обеспечивавших большую или меньшую защищенность и хорошее самочувствие на стадии практики. В кризисе нового воссоединения Малер видит одну из главных вех дальнейшего развития. Ведь как только ребенок начинает воспринимать (когнитивно и аффективно) отдаленность от матери, появляется сильный страх, и ребенку требуется поддержка со стороны объектов для дальнейшего развития и стабилизации своего нарциссизма и функций Я. На этой стадии позитивные переживания увязываются с хорошими образами самости и объектов, а негативные – с плохими. Вторая задача этой субфазы состоит в том, чтобы интегрировать нагруженные различными аффектами образы самости и объектов (амбивалентность). В четвертой субфазе – «консолидация объектов» – происходит интернализация и интеграция до этого разобщенных репрезентантов самости и объектов; постепенно наступает стабилизация и закладка фундамента самости, возникает интегрированная структура репрезентантов самости и объектов. Ребенок понимает, что один и тот же объект может дать удовлетворение, а может и отказать в нем. В результате возникает константность объектов и самости (Greenberg & Mitchel, 1983; Bacal & Newman, 1990).

Теория Малер интенсивно обсуждалась не только психоаналитиками, но и представителями смежных дисциплин и оказалась весьма плодотворной в теоретическом, научном и клиническом плане. В клинических научных исследованиях фаза симбиоза и субфаза кризиса нового воссоединения, а также константности объекта до сих пор считаются принципиально важными для понимания определенных аспектов клинической психопатологии. Так, например, была предпринята попытка показать уязвимость определенных мест фиксации на регрессии: фазы аутизма – для определенных форм психотических заболеваний, симбиотической фазы – для других психотических заболеваний, а субфазы воссоединения – для нарциссических и пограничных расстройств личности. Эдипальные конфликты, наоборот, предполагают наличие стабильной идентичности и достижение константности объекта. В последние годы в эмпирических исследованиях младенцев сильно критикуется представление о нормальности аутистической и симбиотической фаз (Dornes, 1993). С клинико-психоаналитической стороны также был задан вопрос, не соответствуют ли описанные Малер фазы аутизма и симбиоза скорее психопатологическим синдромам, чем «нормальным стадиям развития» (Kutter & Müller, 1999). Хотя на взгляды Малер сильное влияние оказала Кляйн, а также Винникотт и Балинт, она защищала прежде всего фрейдовскую концепцию первичного нарциссизма и свои представления об аутистической стадии, корни которых также уходят во фрейдовскую модель.

4.7. Эдит Якобсон: самость и значимые другие

Якобсон (Jacobson, 1964, 1971) считается одной из самых оригинальных женщин-теоретиков в области психоанализа. Ее научные труды включают работы по теории аффектов, по невротической и психотической депрессии, а также по шизофренным психозам. Основной ее труд – изданная в 1964 году книга «Самость и мир объектов», в которой Якобсон представила модель психического развития с позиции психологии Я и теории объектных отношений. Работы Якобсон оказали сильное влияние как на психологию нарциссизма и самости, созданную Кохутом, так и на теорию объектных отношений Кернберга. Одна из революционных идей Якобсон – локализовать некоторые аффекты не в Оно (в качестве репрезентантов влечений во фрейдовской традиции), а в Я – впервые позволила провести различие между аффектами и процессами разрядки напряжения (удовлетворения влечений). Опираясь на свой клинический опыт, Якобсон разработала убедительную схему дифференциальной диагностики невротической и психотической депрессии, а также депрессивных (аффективных) и шизофренных психозов. Ей удалось связать в стройной логичной концепции невротической и психотической депрессии аспекты нарциссизма, агрессии и Сверх-Я, а также строго проанализировать и выявить структуру идеальных объектных отношений. Она считала, что решающую роль для депрессивного развития личности играет страх утраты, а также страх перед агрессией по отношению к жизненно необходимому для самости, но одновременно сильно фрустрирующему объекту. Человек, страдающий депрессией, сначала защищается от этих страхов путем идеализации и идентификации с идеальным объектом. Но если в дальнейшем все хуже и хуже удается отрицать фрустрирующие и агрессивные аспекты объекта, то следует грубое обесценивание этого идеального объекта и связанных с ним аспектов самости, переходящее в процесс двойной меланхолической (депрессивной) интроекции (Jacobson, 1971). Теория Якобсон объясняет нормальный процесс возникновения и дифференциации репрезентантов самости и объектов вплоть до появления стабильной идентичности, а также ее постепенный, регрессивный распад в случае аффективных и шизофренных психозов. Один из самых главных механизмов здесь – это повторное слияние либидинозно нагруженных репрезентантов самости и объектов как защита от возникшего также под влиянием защитных мотивов повторного слияния с агрессивно нагруженными репрезентантами самости и объектов; этот процесс Якобсон впоследствии определила как психотическую идентификацию (Kernberg, 1980).

5. Современные направления

5.1. Актуальность теории Мелани Кляйн

Кляйн (Klein, 1962) создавала свою теорию на основе наблюдений, сделанных ею в ходе психоаналитических сеансов, том числе и с психотически больными детьми. Ее теория развивает идеи К. Абрахама и представляет собой первую (среди предложенных последователями Фрейда) систематически разработанную теорию интернализованных объектных отношений. Теория Кляйн и по сей день оказывает сильное влияние на теоретическое развитие психоанализа. По мнению М. Кляйн, психическое развитие ребенка проходит через некие «позиции», которые не только представляют собой диахронические ступени развития[1], как это принято в традиционном классическом психоанализе, но и, кроме того, являются вышестоящими структурами Я и объектных отношений, которые можно найти на всех ступенях развития и в любой психопатологии. Кляйн отличает параноидно-шизоидную позицию (первая половина первого года жизни) от депрессивной позиции (со второй половины первого года жизни), соотнося с каждой из них соответствующие чувства вины, страхи и механизмы защиты.

М. Кляйн делает больший, чем Фрейд, акцент на агрессии как структурообразующем влечении, противопоставляя ее либидо. Как и Фэрберн, она выделяет функцию структурирования психических процессов интернализованными объектными отношениями, а также активностью влечений, усматривая в них решающую мотивационную силу людей. Главное место в кляйнианской теории занимает понятие «бессознательной фантазии»: все импульсы влечений и любая защитная деятельность, а также любое объектное отношение репрезентируются бессознательными фантазиями.

Большое значение М. Кляйн придает первичным аффектам, таким как зависть и жадность, которые восходят к оральной агрессии. Агрессивные компоненты влечений приводят к интернализации «злого объекта», препятствующего интернализации «доброго объекта», на который направлены либидинозные импульсы влечений. Доставляющие удовольствие контакты с приносящими удовлетворение объектами, особенно с «хорошей грудью», приводят к либидинозному (положи-

---

[1] Диахрония – феномен и понятие, обозначающее как наличие каких-то событий в пространстве–времени вообще, так и дление существования объектов и процессов любого рода в интервалах времени между этими событиями. – *Прим. ред.*

тельному, приносящему удовольствие, основанному на любви) отношению к ним и интроекции. В отличие от других авторов Мелани Кляйн исходит из того, что связанные с объектом положительные и отрицательные аффекты и отношения можно наблюдать с самого начала жизни. Большое внимание Кляйн уделяет также исследованию механизмов защиты, прежде всего расщеплению и проективной идентификации. Базовая тревога Я возникает на основе влечения к агрессии, которое (с точки зрения Кляйн) является проявлением влечения к смерти. Позднее эта тревога превращается в страх перед преследующими объектами, который в результате интроекции становится страхом перед большими внутренними объектами. Таковы типичные параноидно-шизоидные страхи, которые могут появляться на любой ступени развития и иметь различный оттенок в зависимости от структуры и организации влечений (например, оральная тревога – страх быть проглоченным, анальная тревога – страх быть под контролем). Интроекция, проекция, расщепление и проективная идентификация – это защитные действия Я, направленные на то, чтобы справиться с этими параноидными и депрессивными страхами. Кляйн подчеркивает, что в параноидно-шизоидной позиции расщепленными оказываются самость, объекты и влечения, а добрые и злые аспекты держатся отдельно друг от друга. В случае проективной идентификации отщепленные части самости или какого-либо внутреннего объекта проецируются в другой объект, причем объект этот вынуждают идентифицироваться с этими проекциями, а проецирующая самость одновременно остается эмпатийно связанной с этими проекциями. Идеализации и страхи преследования определяют содержания страхов на этой ступени развития.

Следующая важная ступень развития – это депрессивная позиция, отличающаяся все большей способностью к амбивалентным переживаниям, так как ребенок обнаруживает, что испытывает агрессивные чувства по отношению к доброму объекту и наоборот. Затем страх перед преследованием со стороны злого объекта постепенно замещается страхом нанести вред доброму объекту (внутреннему или внешнему). Тогда Я активирует усилия по исправлению ситуации, чтобы сохранить добрый объект и Я. На этой стадии решающей оказывается способность к зависимости и к благодарности.

5.2. Теория Уилфреда Р. Биона: не менее актуальная

Наиболее известным учеником М. Кляйн был У. Бион, создавший собственную теорию ментальности (Bion, 1962, 1967). Он предположил, что в начале жизни еще не существует «интеллектуального аппарата для „осмысления мыслей“». Самые ранние необработанные дан-

ные, получаемые от органов чувств и соматических рецепторов, Бион определял как ничего не значащие бета-элементы, чисто физиологические чувственные восприятия. Если происходит постоянное отвержение младенца со стороны первичных объектов, то в нем преобладают бета-элементы злых объектов, которые должны выталкиваться с помощью проективной идентификации или разряжаться через моторную активность. Эти примитивные сенсорные, аффективные и досимволические когнитивные бета-элементы нуждаются в объекте, который их примет, психически «переварит», т. е. наделит их значением и возвратит назад в дозированном виде. Эту функцию первичного материнского объекта Бион назвал функцией контейнирования, материнский психический мыслительный аппарат – контейнером, а способность матери принимать в себя бета-элементы младенца, символически прорабатывать и дозированно возвращать их – альфа-функцией, которая трансформирует бета-элементы в альфа-элементы. Этим Бион указал на центральное значение ранних отношений между матерью и младенцем. Бион также предположил, что коммуникация с использованием бета-элементов типична для параноидно-шизоидной позиции, а коммуникация с помощью альфа-элементов – для депрессивной позиции. Только на этой стадии существует способность к символической репрезентации, т. е. символ и символизируемое отделяются друг от друга. Поэтому в депрессивной позиции тревога, отчаяние и душевная боль могут в глубине души приниматься как аффективная и когнитивная реальность и больше не отрицаются.

С помощью понятия альфа-функции Бион описывает психическую операцию, которая может трансформировать восприятие органами чувств внешних раздражителей и восприятие соматических и близких к ним процессов (перцепции исходных данных, бета-элементы) в альфа-элементы. Потом эти элементы могут обрабатываться дальше до появления психически репрезентируемых, ментализируемых и символизируемых структур и содержаний (апперцепция), которые, сохраняясь в бессознательном и в сознании, соединяются между собой и могут использоваться для первичного и вторичного процессов, для бессознательной фантазии, мышления, вытеснения, для аффектов и сновидений. В отличие от них бета-элементы – это конкретные восприятия, которые не выходят за рамки области перцепции и не могут рефлексироваться или подвергаться апперцепции. Посредством своей способности к «мечтательному» предвидению («Rêverie»[1]) первичный

[1] Буквально: задумчивость; в немецком переводе – träumerisches Ahnungsvermögen – дар мечтательного предвидения. Это технический термин, употребляемый Бионом для обозначения состояния спокойствия, ненапряженности, позволяющего матери воспринять, почувствовать проекции своего младенца, идентифицироваться с ними. Это больше, чем предвидение, которое

объект дает младенцу возможность приобрести опыт, позволяющий ему соединить свои врожденные ожидания (преконцепции, т. е. ожидание присутствия груди, удовлетворяющей потребность, и ожидание отсутствия плохой груди) с реальным опытом, получаемым во взаимоотношениях с первичным объектом (например, удовлетворяющее его кормление грудью). Другая важная преконцепция – это ожидание, что существует некий объект, который принимает личность ребенка с другими элементами его мира.

Бион подчеркивает важный для развития аспект проективной идентификации:

«Как реалистическая деятельность, проективная идентификация представляет собой поведение, сознательно направленное на то, чтобы вызвать у матери чувства, от которых ребенок стремится избавиться. Если ребенок чувствует, что он умирает, то он может вызвать у матери страх, что ее ребенок умирает. Уравновешенная мать может принять это послание и отреагировать на него терапевтически, т. е. таким образом, что ребенок почувствует, что ему возвращают его переполненную тревогой личность, правда, теперь уже в переносимой форме» (Bion, 1963, S. 430).

Вслед за Кляйн Бион рассматривает проективную идентификацию как процесс, включающий сложные действия младенца: будучи одновременно интрапсихическими и межличностными отношениями и сообщениями, они передают неинтегрированные, «непереваренные» до этого психофизические феномены (преконцепции, энтероцептивное и проприоцептивное восприятие, а также чувственные восприятия, пока еще не имеющие никакого значения), подвергающиеся трансформации вначале со стороны внешнего, а затем внутреннего объекта или психического репрезентанта/структуры. Только таким способом указанные феномены могут интроецироваться, интегрироваться и тем самым психически прорабатываться самостью. Проективная идентификация входит в понятия контейнер – контейнируемое и альфа-функции. Проективная идентификация запускает ментальный процесс, а позже и процесс триангуляции, помогая самости в трансцендировании дуального измерения. Альфа-функция – это такие действия, которые создают метафорически символическое, триангулярное пространство, в котором формируется истинно эдипальное измерение «тройственности».

Ради своего психического выживания младенцу приходится идентифицироваться с этой альфа-функцией, так как в начале жизни «все исходящие от самости впечатления <…> еще равнозначны: все они

слишком когнитивно, слишком структурировано, это, скорее, своего рода интуиция. – *Прим. ред.*

осознаны». Способность матери к «мечтательному предвидению является органом восприятия того, какие самоощущения ребенок получает от своего сознания» (Bion, 1962, S. 232). Правда, если мать не может принять эту проекцию, «то ребенок чувствует, что его ощущние смертельной опасности лишилось всего присущего ему значения». Из-за «неспособности материнского объекта» у ребенка возникает крайняя беспомощность, приводящая к «разрушению всех смысловых структур и уступающая место дезорганизации Я, которое еще не способно привести в действие те механизмы защиты, которые позволили бы преобразовать невыносимый страх» (Green, 1986, S. 132 и далее). В таких случаях ребенок реинтроецирует не боязнь, которую можно бы было перенести, а «безымянную», не репрезентированную психически, символизированную тревогу (Bion, 1963, S. 432).

В этом случае, чтобы выжить, ребенок вынужден продолжать идентификацию с нарастающей частотой и силой. «Однако это усиление, кажется, несколько меняет предыдущую смысловую окраску проекции» (там же, S. 430). Поэтому если у самости по «парентогенным» и/или «инфантогенным» психическим и/или соматическим причинам не было возможности использовать проективные идентификации и не было опыта контейнирования своих страхов и ужасов, то это неизбежно ведет к нарушению и идентификации, развитию альфа-функции и всего процесса символизации, наделению значением и триангуляции, дифференциации и интеграции самости и объекта. Отсутствие этих возможностей может переживаться так же травматично, как и последствия несостоявшейся проективной идентификации.

Имеется в виду, что травматически воздействовать могут не только первоначально слабая или отсутствующая идентификация с функцией контейнирования матери либо неудачная попытка такой идентификации (образно говоря, дефектный фундамент при строительстве дома), но и последствия такой неудачной попытки (образно говоря, следующие этажи дома). Здесь уместно вспомнить также о патогенных процессах защиты, которые приводят к обострению внутренней ситуации, а также об ограничениях в когнитивном и аффективном функционировании при дальнейшем психическом развитии. Ведь эксцессивная проективная идентификация угрожает самости разрушением из-за процесса опустошения, затрагивающего весь психический аппарат. В таких условиях формирующаяся самость может реагировать на отказы матери скорее отвержением и всемогуществом в смысле Биона (Bion, 1962), особенно когда к тому же накоплен опыт разлук и/или вопиющего насилия над ребенком сексуального и агрессивного характера, «парентификация». В этом случае наблюдается динамическое взаимодействие внутренних и внешних травматических переживаний.

5.3. Дональд Винникотт: третья группа психоаналитиков наряду с Зигмундом Фрейдом и группой Кляйн–Бион

Винникотт (Winnicott, 1933, 1953, 1967) не создал какого-либо сравнимого с теориями Малер и Якобсон учения об этапах и периодизации психического развития ребенка. Он скорее пытался на своем собственном языке, учитывающем субъективные переживания ребенка второго и третьего года жизни, выразить развитие самости на основе ее отношений с объектами. Подход Винникотта стал основой для развития Кохутом психологии нарциссизма и самости, а также для теории объектных отношений. Кроме того, теории британской группы независимых психоаналитиков корнями уходят в идеи Винникотта. По Винникотту, на самой ранней стадии развития ребенок по большей части ощущает свое единение с матерью и для высвобождения из этого состояния предпринимает сложные маневры в своем развитии. Процесс развития приводит к стабильному размежеванию самости и несамости, причем ребенок экзистенциально зависит от «поддерживающего окружения». Решающей оказывается стадия «инфантильного всемогущества», особый вид магического контроля, включая его творческое использование. Объект на этой стадии не отыскивается, а как бы создается инфантильной самостью: мать должна передать ребенку иллюзию, что он сам создал то, что находит и что ему нужно. Таким способом формируются так называемые переходные объекты (кусок ткани, мягкая игрушка), объекты, которые одновременно переживаются и как относящиеся к самости, и как отделенные от нее. Для психического здоровья необходимо уместное и постепенное освобождение от иллюзий, присущих этой стадии инфантильного всемогущества.

Как пишет Лоре Шахт (Schacht, 2005), Винникотт различает два аспекта самости. Во-первых, самость, которая познает себя в межличностном общении, черпает из него жизненные силы и растет, приобретая опыт. Она развивается при достаточно хороших взаимоотношениях матери и ребенка, создавая «иллюзию» безмятежного инфантильного всемогущества на основе общих жизненных переживаний маленького ребенка и матери и приобретая опыт «промежуточного пространства». Отдельно от этого необщающуюся самость Винникотт определяет как «ложную самость», которая страдает от «разрыва непрерывности бытия». Если, например, злоупотребления со стороны объекта возникают слишком рано, вынуждая ребенка к преждевременному признанию разделения самости и несамости, следствием этого может стать развитие необщающейся «ложной самости». Такой опыт может переживаться как травматический и раз за разом приводить к психическим состояниям дезинтеграции. «Недостаточно хорошая мать» не способна поддерживать ребенка (holding) и удовлетворять инфантиль-

ное всемогущество младенца, тем самым вынуждая инфантильную самость к форсированной прогрессии (приспособлению к внешней среде) и псевдоадаптации как результату развития «ложной самости». Возникает диссоциация как форма искажения Я, в основе которой лежит расщепление потребностей Я и потребностей Оно. При удачной интеграции, наоборот, требования со стороны Оно постепенно начнут восприниматься как часть самости, а их удовлетворение приведет к укреплению Я, или «истинной самости». Если Я не способно выносить возбуждений Оно, то это может иметь травматический эффект.

Другой важный шаг на пути к созреванию – это развитие объектных отношений от «субъективного объекта» к «переходному объекту» и, наконец, к «использованию объекта». Переходные объекты помогают ребенку поддерживать растущую и развивающуюся внутреннюю реальность, а также отличать эту внутреннюю реальность от мира не-Я. В этом процессе важно, чтобы субъект мог использовать объект, мог даже пытаться разрушить его, но чтобы объект в итоге выдержал это. Винникотт пишет, что объектные отношения самости направлены на субъективный объект, тогда как практическое использование объекта всегда относится к некоему объекту, который является частью внешней реальности.

5.4. Хайнц Кохут и психология самости – четвертый путь наряду с подходами Зигмунда Фрейда, Кляйн и Биона, а также Винникотта

Кохут, который, как и все вышеупомянутые последователи Зигмунда Фрейда, был вынужден эмигрировать, особенно интересовался бессознательными психическими процессами, связанными с нашим чувством собственной значимости, нашими идеальными представлениями о себе, о наших родителях и о мире. По Кохуту, обида, называемая нарциссической, потому что она потрясает нас до глубины души, оскорбления, которым все мы в большей или меньшей степени подвергаемся в детстве, независимо от того, с какими неудачами мы неизбежно сталкиваемся в ходе своего развития, играют настолько важную роль в нашей психической жизни, что самость и ее судьба заслуживают отдельного рассмотрения. Если в своей первой книге (Kohut, 1971) Кохут занимался в основном проблемами лечения пациентов с подобными нарциссическими нарушениями, то в следующей книге (Kohut, 1977) он расширяет свою теорию, назвав ее психологией самости. В центре внимания этой теории – трагическая сторона человеческого существования в свете судьбоносных травм, нанесенных нечуткими родителя-

ми, непонимающими спутниками жизни и тяжелыми ударами судьбы, жертвами которых мы стали. По сути в теории Кохута, как и в Венгерской психоаналитической школе от Ференци до Балинта, возрождается старая теория травмы, предложенная психоанализом еще в самом начале его существования. В соответствии с ней пациент рассматривается преимущественно как человек, пострадавший от жестоких ударов судьбы, и потому необходимо создать ему такую атмосферу, в которой он смог бы проникнуться доверием и в которой пережитые им травмы могли бы быть воспроизведены и преодолены.

Несмотря на то, что большинство психоаналитиков обращают на психологию самости мало внимания, она продолжает развиваться (Kutter, 2000). В США ее развитие связано с такими именами, как Эрнест Вольф, Пауль и Анна Орнштейн, а также Йозеф Д. Лихтенберг, в Германии – Лотте Кёлер, Кристель Шёттлер и Янош Паль из Драйайха (Schöttler & Kutter, 2005; Kutter et al., 2006; Hartmann et al., 2007). Недавно образована Европейская федерация психоаналитической психологии самости, которая, наряду с международными конгрессами, проводимыми в Драйайхе, организует конференции и семинары в Мюнхене, Вене и Цюрихе. Публикации В. Мильх (Milch, 2001) и Х.-П. Хартманна (Hartmann, 2000) знакомят ученый мир с психологией самости как направлением психоанализа, в то время как в США на основе психологии самости сформировался новый «интерсубъективный» подход (Stolorow, Brandshaft & Atwood, 1996). Достаточно полное представление об этом направлении дают вводные работы «Теория и практика психоаналитической психологии самости» Эрнеста Вольфа (Wolf, 1996) и «Учебник по психологии самости» Вольфганга Мильха (Milch, 2001).

Психоаналитическая психология самости, развиваясь вдали от официальных психоаналитических конгрессов и опираясь на работы некоторых выдающихся ученых, разработала собственные теорию и методы. В немецкоязычном психоанализе психологию самости пока мало замечают, зато среди практикующих психотерапевтов она нашла широкий отклик; как показывают отчеты о проводимых в Германии экспертизах, возможно, это связано с тем, что теория и практика психологии самости кажутся легкими для понимания и доступными для использования. В кругах психоаналитиков существует много заблуждений, предрассудков и даже анекдотов о психологии самости. Так, говорят, что это уже не теория конфликтов, что психология самости отказалась от бессознательного, что психотерапевт соглашается со всем и даже считает, что хорошо, если пациент совершает самоубийство. Поэтому есть смысл здесь, после упоминания Хайнца Кохута, кратко изложить основы психологии самости; ее теория нарциссизма представлена в главе I.9.2, а ее принципы лечения – в главе IX.6.3. Если обратиться

к соответствующей специальной литературе (Kohut, 1977; Köhler, 2000; Kutter, 2000; Ornstein & Ornstein, 2001; Milch, 2001, Wolf, 2000), станет ясно, что психология влечений и конфликтов до сих пор не устарела и не произошло полной смены психоаналитической парадигмы, просто акценты сейчас расставляются по-другому.

Самость – это первичный организатор человека, ее отличает определенное ощущение самого себя, чувства единения с собой, поиска себя, жизни в соответствии со своей сущностью, согласия с самим собой. Таким образом, психология самости продолжает типично западную традицию, сложившуюся еще в эпоху Возрождения, которая, в отличие от Средневековья, когда вера в Бога была для людей определяющей, открыла человека как автономного субъекта. Декарт подкрепил эту точку зрения своим знаменитым «Cogito, ergo sum» («Я мыслю, следовательно, я существую»); а наше время высказывание Декарта дополнил Дамасио (Damasio, 1999): «Sentio, ergo sum» («Я чувствую, следовательно, я существую») (Kutter, 1978, S. 23). Самосознание приобрело огромное значение. В одних обстоятельствах человек чувствует себя хорошо, в других – плохо, терзаемый внутренними противоречиями, пребывая в отчаянии, выходя из себя, ощущая опустошенность и никчемность. При этом самость понимается не как монада, а всегда во взаимоотношениях с другими значимыми лицами, кем бы они ни были. Их благожелательное внимание или отвержение имеет решающее значение для развития самости, самосознания. Поэтому представление о человеке в психологии самости, в отличие от классического психоанализа, – это образ человека с ограниченной автономией, всегда в той или иной степени зависящего от благосклонности других людей. «Первичная потребность – это потребность человека как социального существа в единении и взаимодействии с другими людьми» (Ornstein & Ornstein, 2001, S. 277). Из-за базальной зависимости от других людей, необходимости эмпатии, самость в принципе отличается ранимостью. Как следствие таких ран возникают вторичные конфликты, в том числе типичные эдипальные конфликты. По представлениям Фрейда, человек неизбежно оказывается виноватым ввиду своих желаний инцеста и пожеланий смерти, понимаемых как первичные желания. В соответствии же с психологией самости человек попадает в трагические ситуации в результате неизбежных неудач и поражений (Kohut, 1977, S. 120).

Теоретически самость имеет биполярную или даже триполярную структуру, так как включает в себя:

1) элементарные потребности или амбиции;
2) таланты или способности;
3) идеалы, т. е. потребность в признании и уважении.

Между этими тремя полюсами существует напряжение в зависимости от того, насколько их учитывают и удовлетворяют. Если их в достаточной степени развивают, то появляется хорошее настроение, ощущение прочной, гармоничной самости. А если окружающие не уделяют человеку необходимого внимания, получается нестабильная, пустая или фрагментированная самость. Когда самость испытывает слишком сильные нагрузки, говорят о перегруженной, «перестимулированной» самости; соответственно, отсутствие необходимой стимуляции приводит к «недостимулированной» самости (Wolf, 1996, S. 75 и далее; Milch, 2001, S. 293 и далее).

Эмпатия предполагает способность почувствовать то, что переживает другой человек, умение «вчувствоваться» в него (это не сострадание, однако все-таки нужно пытаться почувствовать даже то, что переживает убийца), умение поставить себя на место другого человека с его внутренним миром, настроиться на него, заглянуть вглубь него. Если у самого пациента пока не получается заглянуть вглубь себя, психоаналитик пытается сделать это вместо него (замещающая интроспекция). Условием эмпатии является умение правильно слышать и слушать (Schwaber, 1995). Слушание и эмпатия, в свою очередь, требуют достаточно гибкой аффективной способности к эмоциональному отклику. Это позволяет психоаналитику строить гипотезы о том, как пациент чувствует себя в данный момент, а, кроме того, задавая пациенту вопросы, аналитик может проверить, правильно ли он понял пациента. В этом отношении эмпатия – необходимое условие для психоаналитических действий, одна из принципиальных установок (Kutter et al., 1988, S. 19), которая предшествует по времени любой реакции на перенос в контрпереносе. Уже само наличие такой установки помогает психоаналитику эффективно осуществлять свою деятельность.

Объекты самости принимают на себя функции, обеспечивающие ее благополучие, без которых невозможно самосохранение. И наоборот, самость подыскивает людей, способных играть роль объектов самости. А если таковых не оказывается, тогда эту функцию могут взять на себя природа, искусство, музыка.

Так как качества значимого человека (это могут быть отец, мать, воспитательница или педагог, а в терапии – аналитик или психотерапевт) играют важную роль, то психология самости придает большое значение следующим понятиям:

- *Оптимальная фрустрация* бывает следствием неизбежных ошибок при недостаточной сформированности способности вчувствоваться в других у человека, ухаживающего за ребенком; она оптимальна в том смысле, что все-таки способствует развитию. Правда,

в нашем понимании, для достижения этого ухаживающий человек должен осознавать границы своей эмпатии и делать ее предметом обсуждения.

- *Оптимальная отзывчивость* – это способность оптимально реагировать на элементарные потребности объектов самости ребенка или пациента; о ней можно говорить тогда, когда человек, ухаживающий за ребенком или заботящийся о пациенте, наилучшим образом удовлетворяет его актуальные потребности, идет им навстречу, соответствует им. Если такое соответствие достигнуто, то ребенок (или пациент) чувствует, что он в безопасности и что его понимают (Wolf, 2000, S. 63 и далее).

Таким образом, психология самости расставляет акценты иначе, чем это делается в господствующем психоаналитическом подходе. Способности психоаналитиков приобретают неожиданное значение, которое раскрывается в ходе психоаналитического процесса в форме совершенно особых отношений двух людей, участвующих в этом процессе.

5.5. Интерсубъективизм и психоанализ отношений – возможность синтеза?

Как пишет Шмидт-Хеллерау (Schmidt-Hellerau, 2002), растущее значение психоаналитических групп интерперсоналистов, интерсубъективистов и школы психоанализа отношений, представленных в Германии Томэ и Кэхеле (Thomä & Kächele, 2006), а также Альтмейером (Altmeyer & Thomä, 2006), следует понимать, прежде всего, как ответ на механистическую классическую метапсихологию и на хартманновскую психологию Я, а также как дальнейшее развитие кохутовской психологии самости. Кроме того, обнаруживается также влияние философских течений, особенно деконструктивизма, на распространенную в Северной Америке психоаналитическую теорию объектных отношений. При всех существующих различиях общим для этих групп является то, что они особо подчеркивают влияние индивидуальности и субъективности аналитика, его организующую роль в терапевтическом процессе и даже его влияние на бессознательное анализанда, а также взаимодействие между пациентом и аналитиком. Интерсубъективистов, интерперсоналистов и школу психоанализа отношений объединяет категорическое неприятие фрейдовской психологии с ее теорией конфликта и защитных механизмов, кохутовской теории нарциссизма (Kohut, 1971), а также кляйнианской и посткляйнианской теории объектных отношений и психоанализа Кернберга, соединившего положения психологии Я с теорией объектных отношений. Рассматриваемая в данном

разделе психоаналитическая группа разработала, исходя из положений М.М. Гилла (Greenberg & Mitchell, 1983), социально-конструктивистскую модель психоаналитической ситуации, в которой внимание направлено не столько на интрапсихические конфликты или проективно-идентификационные процессы, сколько на осознанные интеракционные, интерсубъективные взаимодействия аналитика и анализанда. Акцент делается прежде всего на структурообразующем и даже кумулятивном влиянии теоретических установок, личности и бессознательного психоаналитика на перенос.

По мнению Джекобса (Jacobs, 1986) и Реника (Renik, 1998), своей клинической теорией, применяемой лично им техникой лечения, своей субъективностью, а также своим мировоззрением и своим представлением о человеке психоаналитик оказывает глубокое, по сути решающее влияние на перенос, причем это не идет ни в какое сравнение с влиянием пациента, обремененного многочисленными бессознательными инфантильными конфликтами. Гилл (Gill, 1984) считает, что направление исследования должно быть сосредоточено на реальных отношениях между аналитиком и анализандом. Перенос не является ни модифицированным воссозданием инфантильных объектных отношений в актуальных ситуациях (как считал Фрейд в структурной теории), ни активацией внутренних бессознательных объектов (как утверждают [пост] кляйнианцы), ни актуализацией интернализованных объектных отношений (в соответствии с психологией Я и теорией объектных отношений). Скорее, в «биперсональном поле» (Ferro, 1999) формируется «бифокальный перенос» (Thomä, 2001), который создается не инфантильным бессознательным (Фрейд), не бессознательными фантазиями и внутренними объектами (Кляйн), а двумя находящимися в симметрии индивидами, комплементарной парой (Огден, Реник), причем в каждый момент времени он создается заново. Сначала, независимо от двух других групп, интерперсоналисты во главе с Р. Столороу (Atwood, Ross, Brandchaft) развивали подход психологии самости и занимались проблемой «непреодолимой субъективности психоаналитика» и его огромным влиянием на аналитическую ситуацию, а также его субъективно окрашенными предпочтениями той или иной теории и техники лечения. Они разработали концепцию переноса для диадной системы, состоящей из двух находящихся в симметрии субъектов. Кроме того, вслед за культуралистами (Салливан, Фромм, Хорни, Фромм-Райхман, Томпсон) интерперсоналисты попытались интегрировать в свою концепцию межличностных отношений аналитика и анализанда британскую теорию объектных отношений, созданную Балинтом, Фэрберном, Винникоттом, и, кроме того, теорию привязанности Боулби и психологию самости Кохута. Наконец, попытку интеграции предприняла также интерсубъективная школа психоанализа (Бромберг,

Фридланд, Фоссхейг, Митчелл, Гринберг), объединив в общую концепцию различные направления теории объектных отношений, психологию самости, интерперсоналистов и интерсубъективистов. Основной упор в клинических и теоретических подходах здесь делается на реальные межличностные отношения и в гораздо меньшей степени – на интрапсихические процессы анализанда.

III. Является ли психоанализ наукой?

«Познай самого себя» – вот и вся наука.

Ф. Ницше. Утренняя заря

1. История развития наук

Итак, мы проследили историю психоанализа на протяжении многих десятилетий, от его открытия Фрейдом до сложившейся на сегодняшний день ситуации. Теперь пришло время обратиться к часто задаваемому вопросу о научности психоанализа. Чтобы разобраться в этом, вначале неплохо сориентироваться в «ландшафте» наук и составить представление об их статусе. Кроме того, мы сможем погрузиться в научно-теоретическую проблему классификации наук по методам, теориям и их практическому применению, выявляя, в чем их сходство и различия.

Вначале в университетах[1] преподавали лишь признанные церковью науки. Здесь странствующие студенты изучали грамматику, риторику, диалектику и математику или же логику, физику, метафизику, этику, политику, астрономию и геометрию. Позднее их ряды пополнили студенты факультетов свободных искусств, юристы, медики и теологи. Постепенно гуманитарные и естественные науки все больше специализировались. Из первых выделились социология, педагогика, психология, теология, философия, история, классическая и современная филология и искусствоведение. Из вторых – математика, физика, химия, биология, геология, география, информатика и медицина.

Язык науки весьма специфичен. Но если ученые захотят приложить хоть немного усилий, чтобы перевести свой профессиональный язык на обиходный, они вполне смогут изложить сложные положения какой-либо науки в понятной форме. В этом убеждают многочисленные научно-популярные издания. Конечно, при этом всегда есть опасность излишнего упрощения, опасность, от которой не застрахованы и мы.

---

1 «Universitas litterarum» – совокупность всех наук (*лат.*).

Ведь в любой науке существуют положения, многоплановость которых довольно трудно изложить простым языком. Специфичность методов исследования и сложность теорий не позволяют перевести их на обиходный язык без потери всей полноты значения. В таких случаях я могу или доверять свидетельству ученого, или нет. Если я не доверяю ему, у меня всегда, в принципе, есть возможность изучить соответствующую науку, т. е. самому познакомиться с ее методами и научиться применять их на практике, чтобы не зависеть от других и быть в состоянии проверить, подтверждаются ли данные этой науки с помощью ее собственных методов или нет.

Образно говоря: труднодоступную гору на «ландшафте» наук я смогу исследовать только обладая соответствующим горным снаряжением, чтобы по примеру Александра фон Гумбольдта составить карту местности с помощью секстанта. Но с тем же самым снаряжением я не смогу заниматься исследованиями подводного мира. Ясно, что просто так, без предшествующего обучения и без наставника нырять в загадочную морскую пучину опасно. Правда, и ныряльщик-любитель, не используя никакого особого снаряжения, может с определенным успехом ознакомиться с подводным миром. Для этого ему нужны лишь здоровые легкие, маска для подводного плавания и дыхательная трубка. Читатели уже догадались, что мы хотели сказать этой метафорой.

2. Естественные и гуманитарные науки

Все науки собирают знания и делают их достоянием широких кругов общественности благодаря журнальным и книжным публикациям. При этом в «золотой фонд» науки входит только то, что считается гарантированно подтвержденным, т. е. то, что можно воспроизвести и что действительно объясняет некие факты и закономерности, а не является просто случайным наблюдением. Иначе говоря, предварительно должны быть проведены систематические исследования, направленные на проверку гипотез с помощью определенных методов. Это проще всего сделать в естественных, «измеримых» или измеряющих науках. В рамках номотетического подхода в них формулируются общие законы, например закон падения тел, когда после многих экспериментов индуктивно делаются выводы относительно универсальных закономерностей. В более широком смысле мы говорим также об эмпирических науках (*гр.* empeiria – опыт), т. е. о науках, данные которых основываются на опыте, в том числе на наблюдениях. Если данные, полученные с помощью наблюдений, позволяют сделать точные выводы, мы гово-

рим также о точных науках, результаты которых зафиксированы в так называемых «протокольных предложениях» (Protokollsätze)[1]. Таким образом, положения, требующие разъяснения (объясняемое, *лат.* explanandum), истолковываются с помощью объяснений этих положений (объясняющего, *лат.* explanans). Сначала это может быть лишь высказывание, относящееся к одному-единственному случаю. Однако если это высказывание подтверждается при повторных экспериментах, то можно сделать вывод об общих закономерностях. При этом, согласно так называемой схеме Хемпеля–Оппенгейма, мы исходим из научной гипотезы о некоем законе; при определенных условиях она логично и последовательно объясняет положение вещей, причем так, что объясняемое положение действительно разъясняется посредством объясняющей гипотезы в форме закономерности, которая должна все время проверяться новыми исследованиями.

3. Объяснительные науки

В гуманитарных науках это невозможно. Будучи описательными (идиографическими) научными дисциплинами, они только фиксируют единичное явление во всем его индивидуальном своеобразии, например конкретную историческую эпоху какого-либо общества или поведение совершенно определенной личности. К результатам подобного рода мы приходим не с помощью измерений и подсчетов (как это делается в естественных науках), а путем сосредоточения на отдельной личности, «вчувствования» в нее с целью понять, как она думает, чувствует и действует.

Таким образом, гуманитарные науки имеют дело не с измеряемым внешним предметом, а с опытом субъективных переживаний и индивидуальной психической установкой человека. В полном соответствии со своим «предметом» (с духовно-психической структурой) метод гуманитарных наук оказывается не объясняющим, а понимающим, истолковывающим, интерпретирующим, как, например, при интерпретации произведения искусства или литературного текста. Наша цель – выявить, что хочет сказать художник, какой смысл кроется

[1] В книге Д. Пассмор «Сто лет философии» дается такое определение этого понятия: «Как указывает Нейрат в своей статье „Протокольные предложения“, эти предложения можно определить чисто формальным способом как предложения, имеющие следующую структуру: „В 15:17 состоялось сообщение Отто: в 15:16 у Отто была отчетливая мысль…“». – *Прим. ред.*

за строчками текста или в чем заключается скрытое послание картины. При этом важную роль играют наша интуиция, наша фантазия, наша чуткость и наша общая способность настроиться на текст, скульптуру или картину, чтобы невидимое сделать видимым. Наиболее четко это можно показать на примере изобразительного искусства.

Художник творит, опираясь на свое воображение. Хотя при этом он выражает некую сознательно пережитую реальность, его творение уже выходит за рамки индивидуально-субъективной сферы, в равной степени воздействуя как на самого художника, так и на того, кто знакомится с его произведением. Восприятие произведения искусства возможно лишь при условии общего (совместного) исторического «горизонта понимания», причем субъективная реальность, как показывают картины импрессионистов и экспрессионистов, не обязательно должна полностью соответствовать объективной реальности.

Но толковать, интерпретировать приходится и в некоторых науках, например в литературоведении и философии. Чаще всего интерпретируются письменные тексты, стихотворения, рассказы или целые романы. Мифы также интерпретируются. При этом речь идет прежде всего о том, что данный миф означает для человека и как представителя биологического вида, и как конкретного индивидуума.

4. Герменевтика и феноменология

Итак, мы оказались среди гуманитарных наук, в которых невозможно проводить такие же тщательные измерения, как в точных науках. Правда, нам удается достаточно близко подойти к объективной реальности, чтобы субъективно измерить, осветить и «просветить» ее. Это отнюдь не означает, что мы должны сомневаться в научном характере гуманитарных наук. Мы имеем дело с двумя различными научными подходами или парадигмами. В гуманитарных науках некоторые процессы тоже удается довольно точно описать. И в естественных науках, например в современной атомной физике, некоторые процессы могут быть описаны только с определенной степенью вероятности и лишь приблизительно. Физикам иной раз приходится обращаться к образам; например, когда они называют характеристики электрона, они вынуждены использовать то образ волны, то образ частицы. Гуманитарные науки интерпретируют имеющиеся источники, пытаясь выяснить, например, образ жизни какого-либо народа во времена седой древности. Однако эти источники могут привести к ошибочным выводам, так как они неоднозначны. Точность интерпретации долж-

на быть подтверждена дальнейшими исследованиями источников, раскопками и т. д.

В любом случае выдвинутая гипотеза должна быть подтверждена соответствующими доказательствами. Тогда сначала неясные данные, полученные например, при раскопках, позволят сделать множество предположений, каждое из которых совершенно законно с научно-теоретической точки зрения. Но на продвинутой стадии исследований эти гипотезы необходимо будет надежно обосновать, чтобы гарантировать хотя бы минимум «объективности».

К арсеналу методов гуманитарных наук относится, кроме герменевтического, еще и феноменологический метод. В самом широком смысле слова феноменология – это учение о феноменах, т. е. о явлениях в том виде, в каком они предстают для восприятия органами чувств. В более узком смысле феноменология – это философское направление, основанное Гуссерлем. Она занимается феноменами, которые исследуются как «сущности» и/или как семантические значения. Многочисленные представители феноменологического движения (Гуссерль, Шелер, Хайдеггер) стараются (и в этом обнаруживается его сходство с герменевтикой) с помощью непосредственного созерцания и интуиции прийти к научным выводам, которые исходят из непосредственного переживания и направлены на достижение целостности, нахождение смысла и экзистенциального понимания. При этом фантазия, т. е. наша способность создавать виртуальное представление о каком-либо предмете или деле используется интуитивно, подобно тому как фантазии аналитически проверяются на логичность (Гуссерль, 1900–1901).

Таким образом, феноменология – это не просто созерцательный подход, находящийся полностью вне теории. Это метод рефлексии, подвергающий критике все непосредственные наглядно-образные представления (интуицию). Поэтому недостаточно просто «вчувствоваться» в человека, страдающего от безответной любви, вспоминая при этом свою собственную влюбленность, чтобы понять его. Нам придется также проверить, действительно ли чувство, вызванное у нас воспоминанием о своей влюбленности, совпадает с чувством, которое испытывает другой человек. Без таких проверок очень легко могут возникнуть недоразумения, но их можно избежать, постоянно придерживаясь критической позиции.

В герменевтике происходит то же самое. Когда мне лично знакома ситуация, о которой рассказывает человек, я думаю: «Ага, вот что ты сейчас чувствуешь». Иногда для этого приходится долго выслушивать рассказы собеседника, в которых он точно описывает свои переживания. Причем в простом случае, например в автомобильной аварии, в которой был поврежден кузов, можно довольно быстро разобраться. И напротив, сложную и запутанную семейную ситуацию, такую

как проблема в браке или трудности воспитания детей, сразу понять бывает непросто. Еще труднее добиться понимания, если нам нужно «вчувствоваться» в человека, пребывающего в тяжелой депрессии и подумывающего о самоубийстве, не говоря уже о человеке, который «сошел с ума», или страдает шизофренией.

Но если мы проявим терпение, будем внимательно слушать собеседника, обратим внимание на обертоны его речи и постараемся понять, что его мучает, нам всегда удастся увидеть за сначала непонятным поведением лежащие в его основе скрытые мотивы. При этом надо стараться методом проб и ошибок вновь и вновь находить и высказывать предположения, а также, задавая вопросы другому человеку, перепроверять, соответствует ли наше предположение действительности.

5. Научная теория

Методология научного познания предполагает взгляд на «ландшафт наук» с несколько отстраненной позиции, т. е. снаружи, подобно тому, как мы смотрели бы на Землю со спутника. К такому подходу прибегают при теоретико-научном описании отдельных наук, разделив их на номотетические (устанавливающие законы) и идиографические (подробно описывающие отдельные случаи и факты). Теория науки занимается также описанием и классификацией методов, применяемых в разных науках. Точно так же теории отдельных наук оцениваются с точки зрения их логической обоснованности, непротиворечивости и истории их возникновения.

С научно-теоретической точки зрения важна также возможность проверки результатов, полученных той или иной наукой. В идеальном случае результаты, установленные одним ученым, должны получаться и у других ученых при использовании ими тех же самых методов. Но быстро выясняется, что даже в современной физике при исследовании какого-либо предмета одним и тем же методом нам непросто прийти к одному и тому же результату; с момента проведения первого исследования мог измениться не только исследуемый предмет, но и применяемый метод и даже сам исследователь.

Кроме того, наблюдаемые феномены могут и восприниматься по-разному. В то время как один исследователь называет какое-то место в спектре цветов зеленым, другой скажет, что это синее. Одно и то же высказывание может пониматься неодинаково разными исследователями. Во избежание подобных недоразумений используемые понятия необходимо определить и операционализировать таким образом,

чтобы в любом случае было ясно, о чем идет речь. Хорошим примером удавшейся операционализации (подготовки к объективному анализу) может считаться следующее определение понятия «остров»: остров – это часть суши, окруженная водой, или участок земли, который можно обогнуть на лодке. В настоящее время удается операционализировать даже трудные психоаналитические понятия. Немецкое общество ОПД (операционализованной психодинамической диагностики) представило систему, которая изложена в специальном руководстве и четко определяет 5 размерностей описания (Arbeitskreis OPD, 1998):

1) «переживание болезни»;
2) отношения;
3) конфликт;
4) структура;
5) расстройства.

Более сложные феномены, такие как любовь, операционализировать не так-то просто. Во всяком случае, существует большая опасность, что операционализация феномена любви окажется чрезвычайно поверхностной, как, например, когда количественное измерение любви основывается на определении частоты поцелуев или времени, в течение которого влюбленная парочка «держится за руки».

При этом ясно, что интроспективная сторона феномена любви учитывается совершенно недостаточно. Но большинство эмпирических социальных исследований или изысканий в области экспериментальной психологии строится именно по этому образцу. В них точно описываются наблюдаемые способы поведения и, по возможности, проводятся количественные подсчеты и запись на пленку. В итоге возникает большой объем разнообразной информации, которую можно обрабатывать статистически и которая отражается в бесчисленных дипломных работах, диссертациях и монографиях. Эти данные позволяют выявить общие закономерности. Тем самым, ожидаемое в соответствии со здравым смыслом поведение выражается в научных категориях.

6. Освобождающие науки

Прежде чем мы перейдем к обсуждению психоанализа, необходимо упомянуть третье научное направление, наряду с эмпирическими науками, часто осуждаемыми за их позитивизм, с одной стороны, и гуманитарными науками – с другой. Это критическая теория Франкфуртской

школы, связанная с именами Адорно, Хоркхаймера и Хабермаса. Эти авторы не ограничиваются нейтральным сбором данных, а понимают научные исследования как просвещение и как критику господствующих общественных отношений. Как феноменология и герменевтика, психоанализ также пытается всесторонне и обоснованно объяснять индивидуальные события, но при этом критично относится к социуму, всегда стремясь учитывать общество как целое и его воздействие на человеческую жизнь. Тем самым критическая теория считает себя равноправной (наряду с естественной и гуманитарной) третьей наукой, которая совершенно в духе просвещения не только анализирует и выявляет смысл ставших уже историей отношений, но и критикует их, и проверяет, действительно ли субъекты становятся свободнее в том, что они делают, и освобождаются ли они от насилия и излишней опеки, или же все ограничивается лишь накоплением знаний без критической проверки, причем это касается не только внутреннего мира души, но, прежде всего, внешнего мира социальных структур в контексте отношений власти и господства (Horkheimer & Adorno, 1947).

7. Место психоанализа среди других наук

Если мы рассмотрим психоанализ с научно-теоретической точки зрения, как бы снаружи, нам не так-то легко будет определить его место среди различных научных систем. Иногда складывается впечатление, что психоанализ похож на хамелеона, переливающегося всеми цветами радуги.

Психоанализ можно отнести к естественным наукам, как это делает психоаналитик Хартманн (Hartmann, 1927), если считать психоаналитические положения, например, «вытеснение бессознательного содержания является причиной невроза» или «ликвидация вытеснения с помощью психоанализа устраняет невроз», общими закономерностями – общепринятыми психологическими закономерностями, как их описывает академическая психология. Правда, психоанализу не поздоровится, если применить к нему критерии академической психологии, как это сделал, например, Адольф Грюнбаум, специалист в области философии науки (Grünbaum, 1988).

Но психоанализ с тем же успехом можно считать идиографической наукой, не допускающей обобщений, ссылаясь на то, что любой отдельно взятый анализ человека – это уникальное, неповторимое событие. Так, например, французский философ Рикёр (Ricœur, 1969) в книге «Интерпретация. Этюд о Фрейде» относит психоанализ исключительно к герменевтическим наукам. Другие, например Лоренцер

(Lorenzer, 1974), считают психоанализ «критически-герменевтической опытной наукой», правда, понимая при этом опыт не как в естественных науках, а как опыт, получаемый в переживаниях, о которых можно судить лишь по косвенным показателям. В этом смысле здесь корректнее было бы говорить о «науке о переживаниях». В более поздних публикациях Лоренцер (Lorenzer, 1984, S. 199) ясно говорит об «анализе переживаний».

8. Психоанализ – гуманитарная наука

Психоанализу можно дать такое определение: это самостоятельная научная дисциплина, располагающая специфическим методом исследования, универсальной теорией, учением о болезнях, техникой лечения и, наконец, теорией личности (Loch, 1999). Согласно этому определению, психоанализ является глубинной психологией (Freud, 1924f, S. 422), поскольку в его задачи входит доказательство существования и исследование бессознательного. В качестве исследовательского метода психоанализ представляет собой «объективный инструмент, примерно такой, как дифференциальное и интегральное исчисления» (Freud, 1927c, S. 360) и позволяет исследовать бессознательное содержание невротических, психосоматических и психотических симптомов, которые затем могут выявляться, изучаться и интерпретироваться в психоаналитической теории болезней. Как общая теория, психоанализ является менталистической теорией. Как частная теория, он исследует психическую жизнь людей с метапсихологической точки зрения:

- с динамической точки зрения психоанализ исследует взаимодействие аффектов, влечений, мотиваций, а также бессознательных конфликтов;
- экономический аспект, при зарождении психоанализа описанный как количественный энергетический фактор, в современных концепциях направлен на изучение количественных и качественных компонентов аффектов и представлений (в смысле репрезентантов влечений);
- структурный подход применяется для исследования элементов структуры человеческой психики, Оно, Я и Сверх-Я, а также определения специфических функций этих элементов;
- в генетическом аспекте рассматривается история развития психических энергий и структур.

С 1960-х годов многие теоретики психоанализа выступали с предложениями по его расширению и дифференциации с учетом метапсихологии (Mertens, 1981, 1992). Причем критики классической метапсихологии выступали прежде всего против экономической точки зрения как редукционистской и механистической («гидраврика души»); они считали, что в этом психоанализ полностью остается на позициях естественных наук XIX в., придерживаясь сциентизма (Habermas, 1968; Lorenzer, 1974) и оставаясь во власти механистического, биологического «самообмана». Эти критики также считали, что такая заимствованная из естественных наук модель, выражаемая формулой «Причина–действие некоей силы–следствие», не соответствует сложной природе психической жизни человека. Некоторые предлагали, чтобы психоанализ последовательно развивался и превращался скорее в герменевтическую или нарративную научную дисциплину («язык действий»: Schafer, 1983; Spence, 1983, 1993) или хотя бы заменил экономическую точку зрения на мотивационный подход. Еще одна группа, прежде всего североамериканские психоаналитики, напротив, выступили за обоснование психоанализа с позиций теории систем (Петерфройнд, Рубинштейн, Розенблатт), чтобы открыть его для использования данных неврологии, биологии, физики, медицины и психологии, а также переформулировать основные психоаналитические понятия, такие как либидо, энергетическая нагруженность, символизация и бессознательное с учетом достижений нейробиологии (Deneke, 1999). В то же время складывается впечатление, что очень многие разделяют необходимость сохранения структурного, топологического, генетического и динамического подходов (Schmidt-Hellerau, 1993). Психоанализу нужна «своя собственная принципиальная теоретическая точка зрения», так как «без метапсихологического фундамента <…> он имеет очень мало шансов на участие в обсуждении междисциплинарных и трансдисциплинарных подходов» (Mertens, 2007, S. 121). Так, не раз указывалось, что критика метапсихологии сама попалась на удочку неверного, конкретистического (конкретного, материального, физического) понимания, так как и Фрейд, и его последователи использовали физические и биологические модели, скорее, в качестве метафор, чем в их буквальном значении (Buchholz, 1993).

9. Психоанализ – наука совершенно особого рода

Если проверять психоанализ по вышеупомянутой схеме Хемпеля–Оппенгейма, то он должен быть в состоянии не только давать ретроспективные объяснения, но и делать прогнозы, которые впоследствии мож-

но будет проверить. По-видимому, в отличие от теории бихевиоризма, психоанализ невозможно эмпирически проверить с помощью подобного научно-теоретического критерия, поэтому психоанализ следует отнести, скорее, к искусству интерпретации или герменевтическим методам. Но каким образом можно проверить психоаналитические интерпретации? Зоммер (1987) указал три критерия такой проверки:

- критерий соответствия: содержание сознания и его вербальное описание должны соответствовать друг другу;
- критерий когерентности (связности): интерпретация должна быть когерентной сама по себе;
- критерий практики: интерпретация должна подтверждаться жизненной практикой.

Кроме того, наряду с монологической проверкой интерпретации инсайтом пациента («Ага, все так и есть, у меня сейчас словно пелена с глаз упала») существует еще и диалогическая проверка, состоящая в том, что партнеры по диалогу, проводящие исследование, приходят к одной и той же интерпретации, т. е. к консенсусу (критерий согласия).

Можно сказать и так: психоанализ – это и естественная, и гуманитарная наука. Любая односторонность была бы для него пагубной. Односторонняя естественно-научная ориентация привела бы к игнорированию субъективной стороны человеческого существования и эмоциональной жизни человека. Однако следует признать, что возможны и каузальные объяснения, например, когда говорят, что вытеснение произошло потому, что если бы некое переживание оставалось осознанным, это было бы настолько мучительно для сознания, что его невозможно было бы долго выдержать. Тем самым, при всем предубеждении против каузального мышления, мы обнаруживаем причинную связь между вытеснением и появлением невротического симптома по логической схеме «когда – тогда»: «Когда состояние сознания становится для Я таким невыносимым, тогда мысль вытесняется» (пусть ценой возникновения невротического симптома). Другие примеры предложений, составленных по образцу «когда – тогда»: «Когда меня покидает значимый для меня человек, тогда я огорчаюсь» или «Когда меня преследуют, тогда я обращаюсь в бегство».

Правда, более сложные психические соотношения не всегда так легко вписываются в причинные взаимосвязи, характерные для линейного мышления по схеме причина–следствие. Здесь мы, соглашаясь с Грегори Бэйтсоном (Bateson, 1972), имеем дело, скорее, с циркулярным мышлением, которое может двигаться в нескольких системах, способных, в свою очередь, пересекаться. Как же можно разрешить эту дилемму? Ответ таков: на психоаналитических сеансах мы работаем

главным образом герменевтически, а между ними, как бы вне собственно психоаналитической процедуры, думая каузально, время от времени задаемся вопросом, каким образом герменевтически понятые феномены причинно следуют друг за другом или связаны между собой. Таким образом, на сеансах мы внимательно слушаем пациента и стараемся понять смысл того, что он говорит; причем понимание обстоятельств дела анализандом и аналитиком в каждом случае уникально и в принципе незавершенно. Кроме того, между сеансами мы пытаемся более отстраненно применить к рассматриваемому случаю универсальные правила. Например, мы привлекаем психоаналитическую теорию возникновения невроза навязчивых состояний (регрессия на анально-садистскую стадию) и таким образом пытаемся объяснить симптомы навязчивости у анализанда по схеме «когда – тогда».

10. Междисциплинарный характер психоанализа

В данной книге мы выступаем за открытость психоанализа по отношению ко всем смежным наукам. По описаниям психоаналитиков, а еще лучше по сообщениям анализандов о своих переживаниях всегда можно догадаться, как действительно проводится психоаналитическая сессия. При этом бросаются в глаза большие различия. Например, Фрейд в своих технических статьях советовал вести себя как зеркало, отражая только то, что исходит от пациента. Зато сообщения более ранних анализандов Фрейда говорят совсем о другом. По их рассказам, Фрейд был очень человечным, сердечным и добрым. Да и современные психоаналитики, видимо, ведут себя так же. А то, что они пишут, вероятно, не всегда соответствует тому, что они в действительности делают. Глубокомысленные философские исследования, такие как публикации Адольфа Грюнбаума (Grünbaum, 1988), где, основываясь на сочинениях Фрейда, средствами философской логики с научно-теоретической точки зрения оценивают психоаналитическую теорию и метод психоанализа, неизбежно приходят к выводам, не соответствующим действительному положению вещей.

Ничего хорошего не получится, если психоаналитики будут общаться только на заседаниях своих собственных профессиональных ассоциаций, почти как в эзотерических кружках, лелея и развивая фрейдовский психоанализ и отгораживаясь от других наук. Для психоанализа настало время открытого общения с другими науками. Конечно, это отнюдь не означает, что ради взаимопонимания необходимо отказаться от основополагающих психоаналитических установок.

Таблица 2
Что такое психоанализ?
Определения, данные разными авторами

1. Определения, данные Фрейдом	
«Прочистка труб» или «лечение разговором»	Freud & Breuer, 1895d
Искусство толкования с целью устранения амнезии и восполнения всех пробелов в памяти	Freud, 1904a, S. 8
Теория бессознательных психических процессов	Freud, 1923a, S. 215
Метод, в котором вскрывается перенос	Freud, 1905e, S. 281
Не беспристрастное научное исследование, а терапевтическое вмешательство; оно само по себе не собирается ничего доказывать, а лишь хочет кое-что изменить	Freud, 1909b, S. 339
Метод, разрушающий иллюзии	Freud, 1910d, S. 111
Метод разрешения психических конфликтов через их припоминание, воспроизведение и проработку	Freud, 1914g, S. 126–136
Ряд психологических инсайтов <…> которые постепенно соединяются в новую научную дисциплину	Freud, 1923a, S. 211
Теория сексуальности, в которой центральную роль играет теория эдипова комплекса	Freud, 1923a, S. 223
Метод, в котором детская сексуальность играет важную роль	Freud, 1926e, S. 233–47
Своего рода «частичное исправление» вытеснения	Freud, 1926e, S. 285
Метод исследования, беспристрастный инструмент, примерно такой, как исчисление бесконечно малых величин	Freud, 1927c, S. 360
Отрасль психологии – глубинная психология или психология бессознательного	Freud, 1933a, S. 170–171
Метод, который должен создавать самые благоприятные психологические условия для функций Я, чем собственно и достигается его цель	Freud, 1937c, S. 96
2. Определения, данные психоаналитиками после Фрейда	
Естественная наука, в которой проводятся наблюдения и устанавливаются законы, касающиеся динамики психических процессов и доступные экспериментальному подтверждению	Hartmann, 1927
Критически-герменевтическая эмпирическая наука	Lorenzer, 1974
Анализ переживаний	Lorenzer, 1984
Наука о человеке в центре треугольника, образованного биологией, социологией и психологией	Lorenzer, 1985
Как «понимающая», так и «объясняющая» наука	Kuiper, 1976, Körner, 1985
Практика, основанная на речи, с целью заставить снова заговорить умолкнувшие, опустошенные, превратившиеся в симптомы дискурсы	Lacan, 1966

Нарратологически-герменевтическая наука	Spence, 1983, Schafer, 1983
Уникальная область науки, самостоятельная дисциплина	Loch, 1999
Конструкция, создаваемая совместно аналитической парой (приверженцы школы отношений и интерсубъективисты)	(см. главу II.5.5 в этой книге)
Совместная реконструкция забытой истории жизни пациента	(см. главу IX.8 в этой книге)
3. Определения, данные философами и теоретиками науки	
Герменевтический метод, с помощью которого бессознательное превращается в осознаваемое	Ricœur, 1969
Психоанализ как саморефлексия	Habermas, 1968
Психоанализ как «глубинная герменевтика» или как «психоаналитическая герменевтика»	Lorenzer, 1970
Искусство толкования	Möller, 1978
Феноменология, в которой предмет исследования рассматривается непосредственно на чувственном уровне, а процессы, происходящие в другом человеке, понимаются интуитивно	Husserl, 1900–01
Освобождающая наука в духе эпохи Просвещения	Adorno, 1966
Психоанализ как критика идеологии	Habermas, 1968
4. Другие определения	
Научный метод для исследования бессознательных психических процессов, недоступных для изучения другими способами	
Метод лечения психических расстройств	
Учение о сопротивлении и переносе	
Одна из теорий личности	
Учение о болезнях или теория психических расстройств	
Одна из гуманитарных наук, которая позволяет идиографически как можно лучше понять биографии отдельных людей	
Историческая наука, в которой до мельчайших подробностей описывается история жизни отдельных людей	
Метод исследования психических процессов, которые почти недоступны исследованию другими методами	

Влияние других наук может пойти на пользу психоанализу. Просто используемые методы должны быть с научно-теоретической точки зрения адекватны исследуемому предмету, т. е. подходящими. Так, например, лингвистические и социально-экономические методы, а также подходы с позиции теории коммуникаций могут обнаруживать «латентные смысловые структуры» (Oevermann, 1993) или «латентные речевые структуры» (Keseling & Wrobel, 1983). С помощью определенных

психологических тестов можно учитывать изменения, происходящие с пациентами по ходу психоаналитического лечения. Если благодаря подобным исследованиям и их результатам психоанализ станет более понятным и доступным представителям других наук, то это не опасность, а, скорее, шанс внести вклад в демифологизацию психоанализа и лучше интегрировать его в «ландшафт» наук. Чтобы эффективно использовать этот шанс, психоаналитикам нужно еще более открыто информировать научный мир о том, каким образом они получают и интерпретируют свои данные, а также о том, каким образом возникли их интерпретации (Leuzinger-Bohleber & Stuhr, 1997; Leuzinger-Bohleber, Deserno & Hau, 2004).

За последние 10–15 лет психоанализ стал гораздо более открыто и конструктивно вести критическую полемику с другими науками. Сегодня психоаналитики принимают вызов смежных наук, ведя с ними критический диалог и представляя свои теории, результаты лечения, методы и технику. Об этом свидетельствуют эмпирические исследования психотерапии (см. главу VIII), исследования сновидений (см. главу V), теория и техника лечения отдельных картин болезни (см. главы VII и IX), теория познания (споры с философскими течениями модернизма и постмодернизма), психология развития, опирающаяся на исследования младенцев и маленьких детей (см. главу IV). Традиционно существует интенсивный междисциплинарный обмен с литературоведением (сборники статей «Freiburger Literaturpsychologische Gespräche», с 1981 года и далее; Pfeiffer, 1989) и лингвистикой (Flader et al., 1982; Ehlich et al., 1990), с философией языка, а в последнее время также и с психологией аффектов и когнитивистикой (Krause, 1983; Koukkou et al., 1998), с криминальной психологией, судебной психологией и психиатрией (Beier, 1995). Развитие нейробиологии привело к дискуссии о конвергенции и дивергенции психоаналитических и нейробиологических данных (Damasio, 1999; Westen & Gabbard, 2002; Bentel et al., 2003; Schore, 2005).

11. Педагогика, социология и теология

Психоанализ вдохновил таких философов, как Юрген Хабермас (Habermas, 1968), на то, чтобы конструктивно интегрировать философскую герменевтику и психоанализ.

Соответственно, все происходящее в психоанализе в Германии ни в коем случае не ограничивается исключительно областью медицины. Влияние психоанализа, возможно, даже сильнее, чем на медицине, сказывается на социологии, политологии, педагогике и философии, до-

статочно напомнить такие выдающиеся труды, как «Авторитарный характер» Адорно, Френкеля-Брунсвика, Левинсона и Сэнфорда (Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson & Sanford, 1950), работы Герберта Маркузе (Marcuse, 1955) и Норберта Элиаса (Elias, 1969). Благодаря междисциплинарному диалогу психоанализ поставляет новые идеи для смежных научных областей, которые сами в свою очередь обогащают психоанализ (Kutter, 1997).

Сегодня вряд ли найдется хотя бы одна научная дисциплина, на которой не сказывалось бы влияние психоанализа. Так, в 1972 г. Йорик Шпигель опубликовал книгу по теологии «Психоаналитические интерпретации библейских текстов» (Spiegel, 1972), а в 1978 г. в книге с многозначительным названием «В два раза яснее» (Spiegel, 1978) он показал глубинные измерения библейских текстов как с теологической, так и с психоаналитической точки зрения. Фрейдовская критика религии нашла в теологии своих критически мыслящих толкователей: с евангелической стороны это Йоахим Шарфенберг (Scharfenberg, 1968), а с католической – Ганс Кюнг (Küng, 1987); они успешно использовали фрейдовский психоанализ для объяснения теологических вопросов (Raguse, 1993).

12. Психоанализ и университетская наука

В настоящее время существует достаточно много психоаналитических интерпретаций художественной литературы, например принадлежащие перу Петера Деттмеринга. Кроме того, многочисленные «художественные психопатографии», в которых предметом анализа становятся, например, драмы Августа Стриндберга, романы Оноре де Бальзака, баллады Конрада Фердинанда Мейера, «Смерть в Венеции» Томаса Манна, болезнь Флобера, доказывают возможность плодотворной психоаналитической интерпретации литературы.

Другие науки, такие как психология, социология или лингвистика, напротив, ставят под сомнение достижения психоанализа. Но при этом психоанализу не стоит бояться конструктивной критики со стороны далеких от него наук, ведь они, пользуясь собственными методами, пытаются открыть для себя психоанализ; так, например, социологи говорят о «латентных смысловых структурах» (Oevermann, 1993), а лингвисты – о «латентных речевых структурах» (Keseling & Wrobel, 1983). Другие лингвисты и ученые, занимающиеся теорией коммуникации (Ehlich et al., 1990; Flader et al., 1982), в своих лингвистических исследованиях текстов, представляющих записи психоаналитических интервью

и балинтовских групп, выявляют, каким образом бессознательные процессы подчиняют своему влиянию не только происходящее во время психотерапии, но и повседневную жизнь. От такой конструктивной кооперации можно ожидать очень интересных результатов.

Райнер Краузе (Krause, 1997–1998) проверяет психоаналитическую концепцию переноса и контрпереноса, проводя тонкие эксперименты; тем самым он вносит конструктивный вклад в кооперацию психологии и психоанализа (Krause & Lütofl, 1988). Во Франкфурте-на-Майне эффективно использовались возможности их взаимовыгодного сотрудничества: с помощью анкетирования удалось собрать психометрические данные о тревоге, агрессивности, механизмах преодоления проблем и самочувствии как до, так и после проведения психоаналитической краткосрочной психотерапии. Кроме того, проводилось групповое психоаналитическое лечение пациентов с инфарктом миокарда и индивидуальная терапия пациентов, перенесших операцию по поводу рака груди (Kutter, 2004). Психоанализ находится «на пути к тому, чтобы стать эмпирически обоснованным методом» (там же).

Сегодня в нескольких университетских центрах эмпирически исследуются результаты психоаналитического лечения (Rudolf, 2004). Причем проекты, всесторонне исследующие катамнезы, объективно доказывают эффективность оспариваемого многими «дальнобойного анализа», проводимого с высокой частотой сеансов (не менее четырех в неделю) в течение длительного срока (Leuzinger-Bohleber & Stuhr, 1997; Stuhr & Beutel, 2001; Rüger, Stuhr & Beutel, 2002).

Психологи, напротив, мало используют возможности получения с помощью психоаналитического интервью ценных данных конфиденциального характера по отдельным случаям. Психоаналитики, со своей стороны, посредством психоаналитического интервью внесли свой вклад в понимание психологии некоторых психических расстройств.

IV. Психоанализ как психология развития

Как становятся самим собой.

Ф. Ницше. Ecce homo

1. Обзор

В главе II в рамках изложения истории психоаналитических идей были представлены различные психоаналитические модели развития. Теперь мы попытаемся сравнить эти модели с другими теориями развития и выяснить их возможные взаимосвязи. Такая интеграция психоаналитических и эмпирических теорий развития весьма сложна из-за большой разницы в методологических и методических предпосылках, ведь в основе психоаналитической теории развития лежит психоаналитическая ситуация переноса и контрпереноса. Многие авторы указывали на то, что психоанализ сталкивается с необходимостью реконструировать переживания и мышление младенца, опираясь на непрямые данные о психопатологии взрослых пациентов, и потому существует опасность объяснения поведения ребенка с точки зрения мотивов и поступков взрослых, равно как и необоснованной психопатологизации младенческого возраста. И наоборот, перед учеными, проводящими эмпирические исследования младенцев и наблюдающими за маленькими детьми, стоит задача создания метода, адекватного предмету исследования (в том числе для оценки бессознательных переживаний, процесса мышления, внутренних объектных отношений и т. д.).

Особую роль в формировании общей психоаналитической теории играет психоаналитическая теория развития. Психоанализ всегда претендовал на создание не только психогенетической теории психического развития человека, но и теории психопатологии; можно даже сказать, что теоретическое положение об отнесении нормальных психологических и психопатологических феноменов к самому раннему периоду жизни человека имеет определяющее значение для психоанали-

за. Поэтому в психоанализе теория личности и теория болезней – это всегда еще и теория развития. Она исследует условия формирования (а также происхождение) стадий инфантильной сексуальности, становление нарциссизма, объектных отношений, проявления половой идентичности, процессов символизации и ментализации, аффектов, а также развития трех психических инстанций – Оно, Я и Сверх-Я. Ввиду сложности затрагиваемых тем их можно излагать только по отдельности. Психоаналитическая теория развития с самого начала получала подпитку из двух источников: из анализа взрослых пациентов и происходящих в ходе этого анализа реконструкций, а также непосредственно из наблюдения за детьми и подростками. За последние десятилетия к этим источникам добавились новые – исследования младенцев, а с недавнего времени и нейропсихоанализ (Solms, 1996, 2006). Из-за разницы в методических и методологических предпосылках неудивительно, что данные, получаемые из самых разных источников, а также обобщающие их теории зачастую не согласуются друг с другом. Поэтому перед психоаналитической теорией развития встала задача рассмотреть и исправить эти расхождения.

2. Психическая структура и объектные отношения

2.1. Подход Фрейда

Еще в «Трех очерках по теории сексуальности» (Freud, 1905d), в статье о Леонардо да Винчи (Freud, 1910c) и в анализе случая Шребера (Freud, 1911c), а также в теории нарциссизма и в статьях о бессознательном (Freud, 1915c, e), но прежде всего в статье «Печаль и меланхолия» (Freud, 1916–1917g) Фрейд признал важное значение объекта для психического развития младенца. Хотя Фрейд и считал, что «объект является наиболее изменчивым из параметров влечения» (Freud, 1915c, S. 215), в ходе его исследований становилось все яснее, что объект необходим для процесса образования психических структур. В настоящее время центральное структурообразующее воздействие объекта на психическое развитие человека признается всеми психоаналитическими школами. Точка зрения Шпица, что аффективные реакции младенца, а также либидинозные и агрессивные влечения могут исходно проявиться и получить свою дифференциацию только «в происходящих между матерью и ребенком процессах обмена (общения)» (Spitz, 1965, S. 167), стала общепринятым положением. Шпицу удалось показать, что только взаимосвязь импульсов влечений, чувств, вызванных объектными

отношениями, и объективного опыта приводит к психическим событиям. Затем Лох высказал мнение, что

> «мотивирующая сила аффектов состоит в том, что они основываются на опыте общения с объектом, как в положительном смысле (приводя к удовлетворению), так и в отрицательном (приводя к неудачам, к поддержанию состояния нехватки, неудовлетворенности). Сведения об объекте, переживание действий с объектом или проделанных объектом, либо тех, которым он способствовал, представляют собой психологические события» (Loch, 1972, S. 74).

Однако психоаналитическая теория подчеркивает значимость объекта не только для формирования психической структуры, но также и для когнитивного и эмоционального развития, особенно для символизации, понимаемой здесь и как сознательное рефлексивное мышление, и как бессознательное мышление. Впервые понятия «символическое приравнивание» и «символический репрезентант» были введены в психоанализ Ференци (Ferenczi, 1912) и Джонсом (Jones, 1916); дальнейшее развитие эта концепция получила в работах Ханны Сигал (Segal, 1957). В случае символического приравнивания символ и символизируемый объект рассматриваются как идентичные, а в случае символического репрезентанта сформированный символ замещает символизируемый объект. Переход от символического приравнивания к символическому репрезентанту означает важный шаг в развитии всей аффективной и когнитивной организации.

2.2. Школа Мелани Кляйн

Сигал (Segal, 1957) исследовала особенности формы и содержания мышления, которые характеризуют отдельные ступени психического развития. В параноидно-шизоидной позиции мышление зависит от способствующих развитию отношений контейнер – контейнируемое (Бион, см. главу II. 5) и сначала представляет собой символическое приравнивание. Иногда символ настолько отождествляется и идентифицируется с объектом, что между ними не обнаруживается никакого различия. В депрессивной позиции, напротив, мышление характеризуется все большим отделением символа от символизируемого и символ репрезентирует объект. В депрессивной, а позднее в эдипальной ситуации формируется такое мышление, которое отличается триангулярной, метафорической и символической структурой (Haesler, 1995). Самость, символ и символизируемое отделены друг от друга и связаны между собой речью. Несмотря на общепринятое в психоанализе признание огромного значения объекта для развития психической жизни самос-

ти, мнения о статусе и специфическом значении объекта сильно различаются. Чем же является объект: первичным источником мотивации и катализатором психического развития или модификатором первичных мотивационных сил субъекта, бессознательных импульсов и желаний? О чем идет речь: о внутренних или внешних объектах, о бессознательных фантазиях, связанных с внутренними и/или внешними объектами, или о реальном опыте общения с объектами? Как возникают внутренние объекты и психические репрезентанты опыта межличностных отношений?

В кляйнианской теории объектных отношений внутренние объекты структурируют развитие мышления, чувств и поведение самости. Внутренние объекты возникают из бессознательных, основанных на дериватах влечений, фантазий самости о внутренней жизни внешних объектов.

Эта бессознательная фантазийная деятельность и сочетающаяся с ней и/или лежащая в ее основе рудиментарная разделенность самости и объекта возникают в начале жизни. Внутренние объекты с самого начала жизни воспринимаются как идентичные конкретным органам тела (конкретные идентификации характерны для регрессивных клинических состояний: например, психотик ошибочно предполагает, что флаг – это не символ государственного суверенитета страны, а совершенно конкретно сама страна) и ощущаются так, как будто между ними существуют какие-то отношения. На этой ранней стадии развития еще нет символической репрезентации внутренних объектов, и они познаются конкретно в виде образов органов тела и способов их функционирования (например, согласно этой теории, голод, жажда, страстное желание любви или страх и т. д. переживаются конкретно: желудок – это некий злой объект, который кусает или мучает изнутри. Подтверждение этому очень часто можно найти, например, при тяжелых регрессивных состояниях, таких как острые психозы. Относится ли это к младенцам – мнения на этот счет расходятся). Решающее значение в этой теории придается тому, что внутренние объекты формируются в значительной степени за счет проективной идентификации бессознательных фантазий. Так, например, жизненно необходимый добрый внутренний объект возникает не столько в результате конкретного реального опыта (пережитых удовлетворений), сколько в результате либидинозного вложения энергии и связанной с ним бессознательной фантазии самости об объектах.

В начале жизни внутренние объекты сначала переживаются как частичные объекты; в бессознательной фантазии младенца объект «воспринимается им так <…> как будто существует исключительно для удовлетворения его потребностей; однако он характеризует еще и часть личности» (Bacal & Newman, 1990, S. 80). Лишь в ходе

развития возникают «целостные объекты», основанные на интеграции ранее расщепленных «только добрых» и «только злых» частичных объектов.

«Вместе с возросшей способностью познавать внешний мир изменяются и возникающие перед младенцем объекты. Произойдет ли действительно такое психическое изменение, зависит от его эмоциональной способности переносить амбивалентность. Теперь уже не существует исключительно «злой» матери, которая якобы вызывает голод, да и просто «доброй» матери, утоляющей голод. В одном и том же объекте обнаруживается что-то от них обеих. Объект постепенно понимается как нечто целое, он приобретает два эмоциональных оттенка, у него есть много мотивов и он пробуждает в Я смешанные чувства» (Hinshelwood, 1989, S. 519).

Объекты рассматриваются так, что любой импульс влечений и любая бессознательная фантазия как бы создают частичный объект.

«Мать, вызывающая „голод"; мать, „утоляющая" голод; мать, заставляющая мерзнуть, и мать обогревающая; мать, которая неуверенно берет младенца на руки, и мать, которая держит его крепко и надежно... Все эти объекты, названные словом „мать", ни в коем случае нельзя путать с реальной матерью, какой ее воспринимает сторонний наблюдатель, так как восприятие младенца полностью отличается от восприятия этого наблюдателя. Восприятие младенца определяется внутренним состоянием его тела» (там же, S. 520).

В параноидно-шизоидной позиции, развивающейся с начала жизни, на первый план выходит страх Я перед разрушением и утратой внутренней когерентности. Внутренние частичные объекты переживаются как расщепленные на добрые и злые. Самость ощущает атаки на объекты как разрушение и фрагментацию и самости, и объектов. В таком состоянии младенец постоянно боится, что злые внутренние объекты могут разрушить его самость и добрые внутренние объекты. Согласно с этой концепции, Я с самого рождения обладает способностью отличать внутреннее от внешнего, самость от объекта. В депрессивной позиции (начиная с 6-го месяца) не только дифференцируется способность младенца к восприятию, но он также переживает интенсивные аффекты по отношению к частичным объектам, постепенно понимая, что добрые и злые частичные объекты могут представлять собой различные аспекты одного и того же объекта (амбивалентность). Первые интроекции доброго внутреннего объекта, возникшие в параноидно-шизоидной позиции, постепенно нарастают, и он воспринимается как своего рода спасительный якорь для удержания сплоченности Я. Этот добрый внутренний объект способен воспринимать и сохранять

самые разные психические и когнитивные состояния младенца. Теперь младенец старается сохранить его:

> «Депрессивная позиция формируется тогда, когда объект вызывает одновременно и любовь, и ненависть. Таким образом, эта позиция появляется в результате интеграции добрых и злых объектов, так что страх возненавидеть любимый объект приводит к опасности для всего объекта <…>; в депрессивной позиции объект ощущается так, будто он полностью утрачен, поврежден и т. д. Теперь ребенок страстно желает быть с этим целостным объектом» (там же, S. 108).

На этой стадии «анимистический мир конкретистских (конкретных, материальных, физических) внутренних объектов», характерных для параноидно-шизоидной позиции, отступает на задний план. «Способность к репрезентации объектов приходит на место конкретистской идентификации частей самости с объектами, а депрессивная позиция приводит к гораздо лучшему восприятию внешних объектов» (там же, S. 109). Еще одна возможность роста Я обеспечивается продолжающейся проективной идентификацией с матерью и последующей реинтроекцией, процессом, который Кляйн (Klein, 1962) называла «интеграцией Я» и «ассимиляцией внутренних объектов».

2.3. Психология Я и теория объектных отношений

С точки зрения психологии Я и теории объектных отношений, психические структуры возникают в результате взаимодействия трех факторов:

- конфликтов, типичных для развития и для определенных позиций;
- травматических переживаний;
- внутренней и внешней реальности первичных объектов.

Образы самости и объекта, предшественники будущих психических репрезентантов самости и объекта (см. главу VI.4), достаточно рано дифференцируются из матрицы мать–дитя (Tyson & Tyson, 1990; Mertens, 1992; Zepf, 2006b). «Представления» (протосимволические, сенсомоторно-аффективные схемы довербальной природы), возникшие из психофизиологических и диакритических модальностей восприятия в «аутистически-соприкасающейся позиции»[1] (Ogden, 1989), в ходе

[1] Это понятие было введено Т. Одгеном для обозначения стадии развития перед параноидно-шизоидной позицией. На этой стадии младенец специфическим образом, «аутистически» переживает свой опыт и восприятия,

развития постепенно, через процессы интериоризации проективных и интроективных идентификаций, дифференцируются на досимволические и, в конечном итоге, символические репрезентанты. Они отражают важные события взаимодействия матери и ребенка как либидинозно-аффективной, так и агрессивно-аффективной природы.

В этот процесс активно вовлечен младенец с его врожденными когнитивными, аффективными и социальными способностями. У него есть амодальные и перекрестно-модальные возможности восприятия, а также интеракциональная компетентность (Lichtenberg, 1983; Stern, 1986). Правда, представляется, что, в отличие от предположений Малер (Mahler et. al., 1975), симбиотическая стадия развития ограничивается отдельными пиковыми аффективными состояниями (Gergely, 2000). Кроме того, репрезентанты самости образуются не только в те периоды и на тех стадиях, когда ребенок «сливается» с матерью, но и «в интеграции таких состояний с состояниями слияния представлений самости с объектными представлениями под впечатлением болезненного, пугающего, фрустрирующего <…> катастрофического опыта» (Kernberg, 1984, S. 338). В этом процессе развития возникает «первичная реципрокность» в отношениях между матерью и младенцем (Tyson & Tyson, 1990, S. 107) и начало их «диалога» (Шпиц, см. главу II.4).

В результате «первичной идентификации» (Loch, 1972) в Я возникает «первая тема идентичности» (Lichtenstein, 1961, S. 35), когда рудиментарная схема самости «сливается» со схемой объекта (Sandler, 1964, S. 737). По мере интернализации объекта в ходе процесса синтеза и интеграции интроект постепенно ассимилируется в схему самости и ребенок становится все более независимым от объекта. Возникающий в результате «добрый» интроект дает ребенку ощущение «первичного доверия» (Эриксон), а также «хорошее самочувствие и уверенность» (Дж. Сандлер). При этом решающее значение имеет «переходный объект» (Winnicott, 1967, S. 293). «Переходный объект» обладает несколькими качествами. Это первый объект, который не принадлежит самости ребенка в том смысле, что он символически «представляет» объект, который ребенок реально может чувствовать, с которым действительно может жить и через который он лично может расти. Тем самым переходный объект – это действительно своего рода символ как для единения, так и для разобщения ребенка и матери. Кроме того, ребенок в своем развитии находится в переходном состоянии от единения с матерью к существованию в качестве самостоятельного субъекта вне этого единства. Таким образом, переходный объект представляет собой

т. е. еще без какого-либо сильного влияния внешней реальности, «соприкасаясь», контактируя с ней кожей, дотрагиваясь до нее.– *Прим. ред.*

такой же замещающий мать объект, как и внутренний портрет матери в самости ребенка.

До сих пор ведутся споры о том, появляется ли способность самости к дифференциации внутреннего и внешнего, самости и объекта в самом начале жизни (как предполагают Кляйн, Фэрберн и Винникотт) или же, вслед за Якобсон и Малер, стоит допустить существование определенной стадии развития, на которой эта способность постепенно формируется. Особенно оживленные дискуссии вызывает следующий вопрос: охватывает ли данная способность к дифференциации только сознательное, когнитивное и физиологическое чувственное восприятие, или же она включает еще и бессознательное и аффективное восприятие. Результаты, полученные в ходе наблюдений за младенцами, и данные нейробиологических исследований можно интерпретировать и в том, и в другом направлении (Bohleber, 2002).

3. Нарциссическая система

Грандиозная самость, идеальные объекты и Я-идеал, так же как и сторона личности, связанная с влечениями (Я и Сверх-Я), проходят определенные этапы своего развития, прежде чем достигнут высоты зрелых структур. В ходе развития ребенку приходится проходить через мучительные разочарования, связанные с потерями, расставаниями, внутренними конфликтами влечений и внешними межличностными конфликтами, собственными ограничениями и ограничениями со стороны объектов. Ребенок защищается, прибегая к «галлюцинаторному исполнению желаний» (Фрейд) и/или к «магическому всемогуществу» (Ференци). Наряду с примитивной галлюциногенной реализацией желаний у ребенка развиваются также утешающие фантазии о величии и всемогуществе, так называемые «фантазии всемогущества» (Винникотт, Тустин). Кохут называл это «нарциссической самостью» (Kohut, 1971), впоследствии – «грандиозной самостью» (1972), которая формируется из «первичного нарциссизма» и/или из двойственного единства. При этом важно, чтобы у ребенка была возможность по ходу развития прорабатывать в себе самом неизбежно возникающие разочарования; в этом ему должны помогать родители. Такое развитие возможно, если ребенка информируют, что хотя ему и придется отказаться от тех или иных фантазий о величии, испытывая при этом мучительные разочарования, он может быть вознагражден достижением других, реальных целей. Так, фантазии о величии могут быть постепенно преобразованы в здоровое честолюбие, причем цели «нормального»

честолюбия удерживаются в пределах выполнимого, наделяя ребенка стабильным самосознанием.

Грандиозные идеальные репрезентанты самости и их предшественники подпитываются от интроектов тех идеальных образов, которые бессознательно сформировались у объектов о младенце, а также от норм, представлений о целях и идеалах, которые родители сознательно и бессознательно рассматривают как идеальные и достойные того, чтобы их добиваться. Кроме того, в идеальные репрезентанты самости по мере развития «вливаются» те субъективно окрашенные имаго, содержанием которых являются бессознательные идеальные представления о собственной личности. Эти конфигурации соединяются и образуют репрезентанты идеальной самости. В начале развития они носят грандиозный, нереальный характер, который можно дифференцировать по отдельным стадиям и позициям и который охватывает содержания от орально-нарциссических и вплоть до эдипальных (Henseler, 1974).

Маленький ребенок также идеализирует родителей, наделяя их в своей фантазии, в зависимости от стадии развития, могуществом, величием, совершенством в уходе и заботе о нем. Эти «идеализированные образы родителей» (Kohut, 1971) проходят свой путь развития: от доходящих до крайности, далеких от реальности внутренних образов до более реалистичных, но все-таки идеальных психических репрезентантов, которые в качестве Я-идеала играют большую роль в жизни человека. Идеальные образы объектов и предшествующие им слияния только добрых репрезентантов самости и объекта образуются из фантазий и впечатлений младенцев о первичных объектах; речь здесь идет о представлениях об ограниченной власти, грандиозности и доступности. Другим источником формирования идеальных репрезентантов самости и объектов является доставляющий удовольствие опыт взаимодействия с первичными объектами; наоборот, агрессивно нагруженные «только плохие» образы самости и объектов формируются на горьком опыте изобилующего конфликтами взаимодействия.

Гармоничное первичное состояние, характеризующееся отсутствием напряжения, защищенностью и чувством безопасности, по мере развития все больше подвергается фрустрациям и сменяется отвержением. Это определяется возможностью и необходимостью развития Я. Тем самым опыт разобщенности и инакости объекта образует важный мотивационный фактор психического развития. При успешном развитии эта первичная неуверенность, воспринятая как нечто травматическое (Henseler, 1974, S. 75), может уравновешиваться различными механизмами компенсации. Их смысл заключается, прежде всего, в формировании идеализированных отношений с аспектами самости и объекта, которые в дальнейшем будут интернализированы. В результате возникают идеальная самость и идеальные объекты, которые интернализу-

ются и интроецируются в Сверх-Я и в систему Я-идеала. Содержание этой идеальной самости и представлений об идеальных объектах различаются в зависимости от стадий развития. Так, на оральной стадии господствуют нарциссические фантазии о неисчерпаемых, неиссякаемых источниках ухода и заботы, на анальной стадии объект ощущается как вездесущий и всемогущий, а в фаллически-нарциссический период – как наделенный грандиозной властью (Henseler, 1974, S. 75).

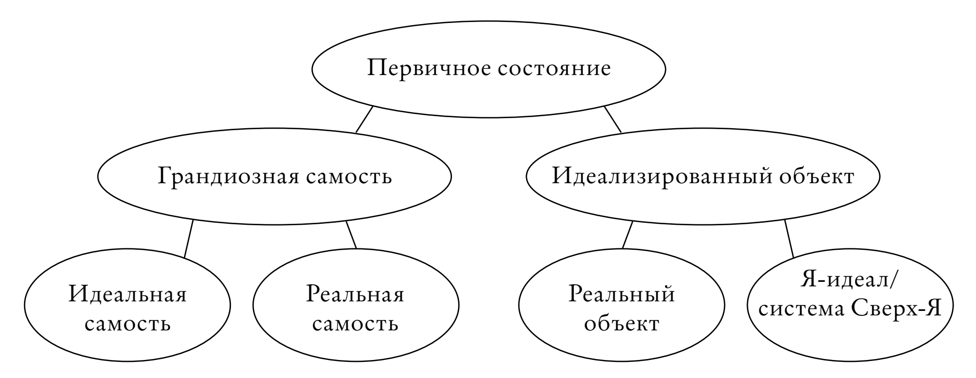


Рис. 1. Формирование нарциссической системы (модифицированная схема, по: Henseler, 1974, S. 79)

4. Отто Кернберг

Попытка Кернберга (Kernberg, 1976, 1992, 2001) интегрировать различные теории развития оказалась плодотворной как с клинической, так и с эмпирической точки зрения. Он выделяет следующие стадии психического развития.

Первичную недифференцированность сменяет этап формирования «только хорошей» и еще не дифференцированной констелляции самость-объект, возникающей под влиянием переживаемого младенцем удовлетворения в отношениях с первичным объектом.

На второй стадии, стадии нормального «симбиоза», происходит консолидация приятного, заполненного либидинозной энергией «только хорошего» образа самости и объекта. Эта стадия охватывает период со 2-го по 6–8 месяцы жизни. В это время формируется система ядерной самости, центральный организатор самых ранних функций Я. При относительно неполной дифференциации представлений самости и объектных представлений здесь постоянно возникает защитно-оборонительное регрессивное слияние представлений доброй самости и доброго объекта. Границы Я формируются именно на этой стадии. Вторую стадию развития можно считать завершенной,

«когда устойчиво дифференцированы образ самости и образ объекта внутри представления о едином добром самость-объекте… Одновременно с развитием этого представления о едином „добром“ самость-объекте, предшественнике будущих структур Я-идеала, устанавливается другое первичное, недифференцированное представление о самость-объекте, интегрирующее фрустрирующий, болезненный опыт: представление о „злом“ самость-объекте, первооснове будущих структур Сверх-Я, примитивном, болезненно аффективно окрашенном… „Добрые“ и „злые“ интрапсихические структуры организуются отдельно друг от друга в различных аффективных условиях и детерминируют две самостоятельные констелляции аффективной памяти» (Kernberg, 1976, S. 60).

В этой модели первичные аффекты, составляющие основу изначально недифференцированных представлений самости и объекта, – это «главные организаторы совокупности влечений как общих интрапсихических систем мотивации: любовь и ненависть, а также их предшественники репрезентируются такими примитивными предрасположенностями к аффектам» (там же, S. 88).

На третьей стадии дифференциация представлений самости и объекта развивается и углубляется, постепенно становясь все более стабильной. Она начинается в 6–8 месяцев и завершается в 18–36 месяцев с достижением константности объектов в смысле Малер (см. главу II.4). «Добрые» представления самости и «добрые» объектные представления дифференцируются друг от друга, равно как и «злые и плохие» представления самости и объектов. Затем, на следующем промежуточном этапе, «добрые» и «злые» представления самости интегрируются в единую концепцию самости, а «добрые» и «злые» представления о частичных объектах – в целостные объектные представления.

Четвертая стадия, содержанием которой является интеграция представлений самости и объектных представлений и развитие других зрелых интрапсихических структур, охватывает период с конца третьего года жизни и вплоть до конца эдипальной стадии. Эта стадия служит для окончательной интеграции либидинозно и агрессивно заряженных образов самости в единую систему самости и Я, а также для интеграции либидинозно и агрессивно нагруженных образов объектов в целостные объекты. Далее они образуют основные строительные элементы для психической системы, состоящей из трех частей – Оно, Я и Сверх-Я.

Пятая стадия служит для стабилизации, для закрепления процесса интеграции Сверх-Я и Я-идеала на основе идентификации с первичными объектами. Теперь на первый план выдвигается дальнейшее развитие дифференциации и разветвление триадных, а затем и триангулярных объектных отношений. При этом возникновение Сверх-Я берет начало в интернализации спроецированных, а затем реинтроецированных

представлений о злых самость-объектах, а также агрессивно нагруженных представлений как о первичном объекте, так и о самости. Я-идеал, напротив, ведет начало только из интернализации либидинозно нагруженных добрых представлений самости и объектных представлений.

В этой модели внутренние объектные отношения возникают за счет интернализации взаимосвязанных аффективных состояний, объектных представлений и представлений самости. Идентичность Я возникает благодаря динамическому процессу идентификаций, предполагающего существование реальных объектных отношений, в которых индивидуум познает самого себя как субъекта, находящегося в социальном взаимодействии с другим человеком. Эти отношения могут восприниматься более или менее фантастическим, искаженным образом, и они испытывают на себе давление преобладающего аффекта, соединяющее самость и объект друг с другом. Либидинозно или агрессивно нагруженные эмоциональные состояния образуют первичный мотив для интернализации этих отношений» (там же, S. 79).

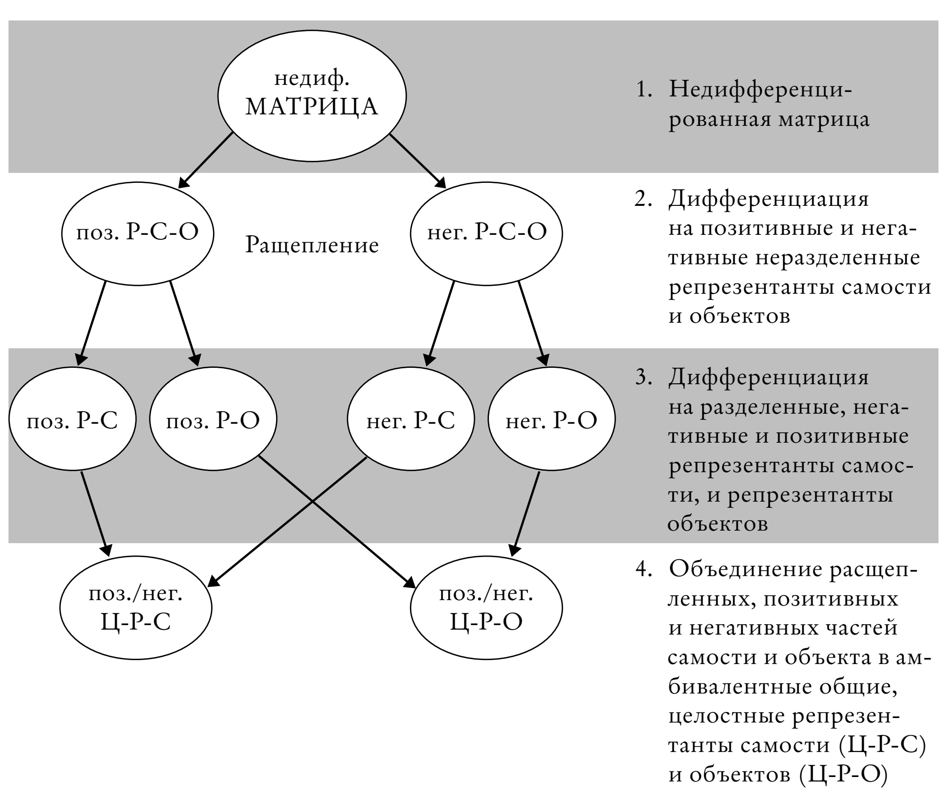


Рис. 2. Дифференциация и интеграция репрезентантов (модифицированная схема: Kernberg, 1976, 1984)

5. Исследования младенцев

5.1. Джозеф Д. Лихтенберг

Одним из первых психоаналитиков, интересовавшихся результатами эмпирических наблюдений за младенцами в контакте с их матерями, был Джозеф Д. Лихтенберг (Lichtenberg, 1983). Прямые наблюдения за взаимодействием матери и ребенка, подкрепленные анализом видеозаписи, позволяют сделать важные научные выводы относительно взаимодействия аналитика и пациента, которое всегда в той или иной степени содержит элементы ранних отношений пациента с матерью. Открывающиеся при этом новые факты толкают практикующих психоаналитиков на пересмотр некоторых традиционных точек зрения. Вместе с тем многие данные эмпирических исследований младенцев до сих пор очень робко принимаются во внимание психоаналитиками.

Фрейдовский «первичный нарциссизм», «аутистическая стадия» Маргрет Малер, ранние фантазии о груди и пенисе, наличие которых предполагали Мелани Кляйн и ее последователи, а также существование «шизоидно-параноидной и депрессивной позиций» не подтверждаются результатами эмпирических исследований младенцев. Это должно было бы привести к изменениям в традиционной технике обращения с пациентами, имеющим далеко идущие последствия.

Лихтенберг (Lichtenberg, 1989) набрался смелости и, опираясь на результаты соответствующих экспериментов с детьми и матерями, заменил созданную Фрейдом дуалистическую теорию влечений на теорию мотивации, состоящую из пяти основных положений:

1) Первая мотивационная система обеспечивает удовлетворение элементарных физиологических потребностей, таких как бодрствование и сон, еда, питье и выделения.
2) Вторая система относится к привязанности и принадлежности; к ней мы вернемся в следующей главе, посвященной теории привязанности.
3) К третьей мотивационной системе относятся любопытство и самоутверждение; частично это согласуется с гипотезой об изначально данном влечении к агрессии и овладению (Freud, 1905d, S. 93), но без деструктивного компонента.
4) В четвертую мотивационную систему (и в этом существенное отличие от фрейдовского сексуального влечения) объединены сексуальность и чувственность, хотя и дифференцированные на сексуальность в узком смысле слова (достижение возбуждения)

и на чувственность (возникновение страстного желания нежности и внимания); это существенное различие, на которое Ференци указал еще в 1932 г., дифференцировав разговоры взрослых на сексуальные темы и выражение нежности у детей.

5) Пятая мотивационная система – это так называемое отвращение (антипатия), т. е. первичная потребность ребенка в прекращении контактов с объектами, в обращении к самому себе.

Существование этих пяти мотивационных систем подтверждаются данными нейробиологии (Hadley, 1989, S. 337 и далее).

5.2. Дэниэл Н. Стерн

Другие важные для теории и практики психоанализа результаты исследований представил Стерн (Stern, 1986, 1995) в двух книгах, изданных на немецком языке и привлекших всеобщее внимание: «Дневник младенца» и «Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития». В этих книгах Стерн, основываясь частично на непосредственных наблюдениях, частично на косвенных данных, подробно отображает развитие самоощущения ребенка. Вначале существует лишь смутное чувство самости (всплывающая самость), затем появляется уже более отчетливое ощущение самости (ядерная самость), за ним следует чувство собственной субъективности (субъективная самость), и, наконец, возникает символическое, речевое представление самостоятельной личности (вербальная самость). Другие важные данные свидетельствуют о том, что до 18-го месяца жизни символических репрезентаций не существует, а есть только «прожитый» опыт, аффективно-интеракциональные паттерны, накапливающиеся в качестве хорошего или плохого опыта, сохраняемого в процедурной и/или имплицитной памяти; тем не менее, в ходе регрессивного процесса психоанализа этот опыт реактивируется в форме «модельных сцен» и тем самым может стать доступным для проработки, если воспринимается с соответствующей эмпатией. Символизация в принципе возможна только начиная с 18-го месяца жизни: соответствующие образные переживания накапливаются в эпизодической или эксплицитной памяти. Они регрессивно воспроизводятся в ходе психоаналитического процесса, раскрываясь в переносе и контрпереносе, и регулярно бывают предметом психоаналитической интерпретации. Если отношения матери и ребенка приобретают патогенный характер, они приводят к ощутимым ограничениям этой символизации, как, например, в структурах пограничных расстройств. Здесь намечаются явные параллели с теориями развития, предложенными рабочей группой, сфор-

мировавшейся вокруг Фонаги (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002), о которой мы будем говорить в другой главе (IV.7).

Стерн расширяет свою первоначальную концепцию, сосредоточенную только на самости, добавив в нее социальное измерение. Он говорит о последовательно «всплывающей» соотнесенности, о «ядерной соотнесенности», о «субъективной» и о «вербальной соотнесенности» переживаний самости.

Но как же нам теперь представить развитие именно детского ощущения самости в ее социальных связях? Как в каждом отдельном случае особые реальные переживания, полученные в опыте конкретных социальных отношений, соорганизуются с постепенно формирующимися интрапсихическими структурами? Ответ на этот вопрос дают современные научные исследования: во взаимоотношениях со значимыми для него людьми младенец переживает разнообразный опыт; здесь Стерн говорит о «специфических действиях». Типичный пример – грудное вскармливание; начало может быть волнующим – удастся ли ищущему ротику найти сосок и правильно удержать его, как пойдет молоко, насколько приятно будет младенцу или, напротив, кормление будет неудачным – младенец не сможет толком найти сосок и настоятельная потребность в пище, тепле, внимании и ласке останется неудовлетворенной. Другой пример – известная игра в появление и исчезновение («Ку-ку»): с радостным приветствием взрослого, который играет с младенцем, с болью и печалью при его исчезновении и с еще бóльшей радостью при его повторном появлении или мучительным разочарованием при резком завершении оживленной игры.

Когда такой социальный опыт неоднократно переживается в реальных взаимоотношениях со значимыми лицами, то по мере созревания психических структур из такого опыта образуются повторяющиеся, аффективно заряженные социальные паттерны отношений. Отныне любой опыт, пережитый в самых разных взаимоотношениях, в ходе дальнейшего развития будет через сложные процессы интернализации постепенно включаться в психические структуры, сохраняться там, как уже было сказано, сначала в виде аффективно-телесных паттернов пережитого опыта, в «процедурной» памяти, а затем символически в виде образных репрезентаций в «эпизодической» памяти, откуда он (подобно файлу, сохраненному в персональном компьютере) может активироваться вновь. Стерн говорит здесь о так называемых «генерализованных репрезентантах интеграции», сокращенно РИГ, где Р означает «репрезентант», И – «интеракция», а Г – «генерализация» (и/или когерентность). Актуализировавшееся воспоминание вызывает из памяти записанный в ней опыт, первоначально пережитый во взаимодействии с одним из значимых лиц, и снова «оживляет» его. Поэтому Стерн называет его «вызванным спутником». Для того что-

бы в памяти сохранились стойкие следы воспоминаний, один и тот же опыт должен быть пережит неоднократно.

На уровне субъективного самопознания важно, является ли этот опыт совместной деятельности желательным, разделяется ли возникшее переживание другим человеком и, что еще важнее, какой уровень аффективного резонанса был достигнут? Существенную роль при этом играют «аффекты витальности» (Stern, 1986, S. 83 и далее), которые не менее важны, чем категориальные аффекты, такие как радость, ужас, ярость, печаль и тревога.

Кроме того, для формирования вербальной самости очень важно, как именно взрослые говорят с ребенком: соответствует ли стиль их речи возрасту ребенка, достаточно ли времени дают они ребенку для интернализации и проработки сказанного, как они сами реагируют на сказанное ребенком, достаточно ли серьезные и адекватные ответы он получает. Таким образом, речь может как сближать людей, так и отдалять их друг от друга. Отчуждающее воздействие речи Дэниэл Стерн (Stern, 1986, S. 247) называет «второй режущей кромкой обоюдоострого меча».

Подобный эмоциональный опыт, имеющий как позитивную, так и негативную окраску, усваиваемый в результате многократных повторений (например, в играх «Ку-ку», «Испекли мы каравай», «По кочкам, по кочкам, по маленьким дорожкам»), может включать в себя как уже известные, так и новые взаимодействия. Если это ранее встречавшийся опыт, включающий, например, 6 разных взаимодействий, то эти взаимодействия могут быть закодированы и сохранены в памяти как РИГ 1–6. Если теперь в игре появится дополнительный, седьмой, немного отличающийся опыт взаимодействия, то он (как резервная копия в компьютере) будет сравнен с прежним РИГ 1–6, прежде чем сохранится в виде РИГ 7. В результате прежнее переживание РИГ 1–6 изменится; теперь оно становится РИГ 1–7. Вначале новый опыт сбивает с толку, однако потом он может быть сравнен с прошлым опытом, зарегистрирован и классифицирован. Такой накопленный когнитивный опыт, всегда связанный с соответствующими аффектами, одновременно является и эмоциональным опытом. Поэтому он регистрируется и сохраняется в памяти как комбинированный когнитивно-аффективный опыт.

Во взаимоотношениях матери и ребенка присутствует разнообразный опыт телесно-аффективно-социальных переживаний, которые мы можем наблюдать непосредственно (допустим, с помощью видеокамеры), как «живой опыт». Этот непосредственно наблюдаемый опыт отражается в ментальной системе маленького ребенка благодаря образованию психических репрезентантов. Фонаги с сотрудниками (Fonagy, 2002) говорят в этом случае о «ментализации» (см. главу IV.7).

Конечно, то, что разыгрывается в душе маленького ребенка, в несколько модифицированной форме происходит также и в душе матери. Ее опыт взаимодействия с ребенком тоже интернализуется и сохраняется в памяти в форме психических репрезентантов, причем именно в той форме, как он был пережит, как субъективные переживания особых эпизодов (отсюда и эпизодическая память), которые могут быть заново активированы. Если для маленького ребенка важен только новый опыт, полученный в общении с матерью, то у матери к этому добавляется еще и опыт, накопленный в ее предыдущей жизни: опыт ее взаимодействия с собственной матерью (образ матери), когда она сама была ребенком, опыт, относящийся к ней самой (представление о себе) и к ее общению с мужем (представление о муже), а теперь и переживания, связанные с ее малышом. Стерн говорит о «рабочих моделях». Все серии РИГ, составляющие каждую рабочую модель, могут в принципе активироваться вновь; это может быть не только опыт общения с собственным ребенком, но и прошлый опыт общения со своей матерью, с самой собой, с мужем и т.д. При этом могут обнаруживаться как приятные совпадения, так и неприятные несоответствия, которые, естественно, могут стать поводом для разнообразных конфликтов, их рассмотрение завело бы нас здесь слишком далеко.

Первоначальные переживания охватывают сумму всех ощущений, эмоций, действий, возбуждений и мотиваций в том виде, в котором они непрерывно разыгрываются во взаимоотношениях со значимыми другими людьми. Здесь важны так называемые «критические моменты», когда происходит важное событие, в котором участвуют мать и ребенок и которое дает им важный в эмоциональном и когнитивном отношении опыт. Если мы правильно поняли Стерна, эти моменты могут стать новым видом отношений, приводящим к новому пониманию и к изменению качества взаимоотношений (Stern, 2004).

На более высоком уровне переживания представлены как будто на внутренней сцене, причем в виде схем. Последние охватывают не только сенсомоторные, перцептивные и концептуальные аспекты, но также и «временны́е чувственные гештальты» (Stern, 1995, S. 106), для которых важны вышеупомянутые аффекты витальности. Начиная с 18-го месяца жизни такие преимущественно аффективные схемы все в большей степени связываются с образными представлениями, которые соответствуют «маленькой истории». Стерн говорит о «протонарративной оболочке». Под нею Стерн подразумевает способность маленького ребенка вкладывать пережитый аффективный опыт в небольшую историю, как в конверт. А когда позднее к этому добавляются вербальные понятия, возникает что-то похожее на довольно большую историю, или «сценарий». Тогда ребенок может о своих переживаниях уже рассказать (потому и «нарратив»).

5.3. Мартин Дорнес

В своей тетралогии «Компетентный младенец», «Раннее детство», «Эмоциональный мир ребенка» и «Душа ребенка» Дорнес (Dornes, 1993, 1997, 2000, 2006) проработал и наглядно изложил результаты накопившейся к настоящему времени огромной массы эмпирических исследований по проблеме взаимоотношений мать–дитя. Для современного психоанализа наибольшее значение имеет следующий вывод: развитие ребенка определяют не влечения, а самость (согласно психологии самости). Она, оказывается, более компетентна, чем до сих пор считалось в психоанализе. Ребенок изначально реагирует как на зрительные, слуховые и обонятельные раздражители, так и на прикосновения, причем перекрестно-модально, т. е. на зрительный раздражитель может последовать слуховой ответ и наоборот. При нормальном развитии не бывает ни аутистической стадии, ни первичного нарциссизма, а есть первичная связь со значимыми другими. Наряду с когнитивным развитием, как его описывает психология развития, важнейшую роль играет и развитие аффектов (см. главу IV.7). При этом реальное поведение родителей оказывает такое же формирующее влияние, как и их бессознательные фантазии о своем ребенке.

Как и мы, Дорнес не считает, что результаты эмпирических исследований младенцев несущественны для психоанализа (такой точки зрения придерживается и Андре Грин – Green, 2002a). Если психоанализ откажется от диалога со смежными научными дисциплинами, он попадет в порочный круг и окажется в затворничестве в башне из слоновой кости. Если психоаналитики хотят, чтобы психоанализ был современным, они должны поддерживать междисциплинарный диалог, аналогичный тому, который ведется между исследователями младенцев и практикующими психоаналитиками. Психоаналитики делают хорошее дело, подчеркивая относительность традиционных, но плохо согласующихся с результатами научных исследований теорий, в том числе бионовской теории мышления. Еще до появления возможности мыслить в категориях значений, между младенцем и матерью существует превербальное общение с взаимной индукцией аффектов, через которое определенные представления родителей перенимаются младенцем (Dornes, 2006, S. 126). И только после этого оказывается возможным символическое мышление, в результате которого появляется возможность интуитивного понимания людей (там же, S. 151). Поэтому есть смысл заняться изучением результатов эмпирических исследований младенцев. Такие исследования содержат множество идей, гипотез и выводов, которые, как мы попытаемся показать, могут существенно обогатить психоаналитическую теорию и эффективно улучшить психоаналитическую практику.

6. Теория привязанности и психоанализ

Теория привязанности также представляет интерес для теории и практики психоанализа, так как она хорошо объясняет некоторые особенности поведения пациентов: одни быстро включаются в анализ, чувствуют себя там уверенно и доверяют своему терапевту; другие остаются неуверенными и недоверчивыми, а кто-то вообще не может включиться в психоанализ, внезапно прерывает его, хотя начинал с энтузиазмом, или же склонен к хаотичным реакциям. Многим аналитикам хорошо известны три книги Боулби: о привязанности, разлуке и утрате (Bowlby, 1975, 1976, 1983), но мало кто из них знаком с исследованиями супругов Гроссманн (Grossmann, 2003), в которых приведены результаты лонгитюдных исследований привязанности, проводившихся в течение десятков лет. Они указали на генетически запрограммированную, обусловленную эволюцией потребность в привязанности, на огромную биологическую и психологическую зависимость маленького ребенка от значимых лиц и на высокую вероятность фатальных последствий от отсутствия ласки, внимания или плохого обращения. То, что аналитики потом обнаруживают в психоаналитическом процессе как бессознательное навязчивое повторение, в упомянутых исследованиях понимается как ранний «отпечаток» реального поведения и бессознательных установок родителей по отношению к своему ребенку, которые оказывают нейробиологическое воздействие на мозг и навсегда запечатлеваются в памяти.

Лотте Кёлер (Köhler, 1996) следующим образом обобщила важные для психоаналитиков аспекты теории привязанности.

С самого рождения ребенок ищет близости и тепла, ему нужен контакт лицом к лицу. То, что ребенок переживает за первые шесть месяцев взаимодействия с матерью (или другими значимыми лицами), определяет его поведение в ситуациях с тестированием привязанности. Эксперименты с расставаниями позволили изучить типичные паттерны привязанности: надежную и ненадежную привязанность, причем последнюю можно подразделить на ненадежную избегающую, ненадежную амбивалентную и ненадежную дезориентированную. С определенной оговоркой можно заключить: матери, способные к эмпатийному общению, тонко реагируют на отдельные сигналы младенца, умеют правильно истолковывать их, что приводит к надежной связи с ребенком. А если мать игнорирует младенца, у него возникают состояния эмоционального дефицита. Частая смена внимания и избегания, противоречивое отношение к ребенку (когда сознательно мать уделяет ребенку внимание, а бессознательно «отворачивается» от него) приводят к трем вышеназванным паттернам нарушения привязанности. Аналитики могли бы сделать из этого вывод, что к патологическо-

му развитию приводят не только идущие изнутри детские фантазии их пациентов, но также и неблагоприятные внешние воздействия со стороны решающих значимых лиц в отношении ребенка. То, какой подход предпочтет психоаналитик, во многом будет определять и его отношение к пациенту в повседневном общении, и применяемую им психоаналитическую технику.

Фонаги (Fonagy, 2001) указал на отдельные пункты как соответствия, так и расхождения результатов исследований привязанности с положениями отдельных психоаналитических направлений. Вкратце его заключение можно подытожить следующим образом: различия между ними весьма существенные (Zepf, 2006a), не зря результаты исследований привязанности не принимаются в психоанализе. Причина в том, что в большинстве психоаналитических теорий развития подчеркивается именно автономия человека, а на его зависимость не обращают достаточного внимания. Точки соприкосновения обнаруживаются больше всего у Рене Шпица (депрессии, вызванные госпитализацией), Эриксона (психосоциальные позиции), Джозефа Сандлера (Sandler, 1960), который отмечает элементарную потребность маленького ребенка в безопасности; у Винникотта и лондонской группы независимых психоаналитиков, считающих, что мать должна быть достаточно доброй и что ее поддержка (холдинг) жизненно необходима для ребенка; у Отто Кернберга с его теорией объектных отношений (значение объекта); у интерперсонально ориентированных аналитиков и приверженцев интерсубъективной школы психоанализа отношений во главе с Митчеллом, но, прежде всего, в психологии самости, подчеркивающей важную роль эмпатии, отзывчивости и отношений между инфантильной, нарциссически уязвимой самостью и нарциссическими объектами, частично не отделенными от самости – самость-объектами, и в одном вопросе – у Биона (значение контейнирования).

7. Ментализация и регуляция аффектов

Наряду с Джозефом Лихтенбергом и Дэниэлом Стерном на исследования младенцев обратила внимание еще одна группа психоаналитиков во главе с Питером Фонаги (Fonagy, 2002). Они сделали собственные выводы, важные для теории развития и для нового понимания психической патологии и аналитического процесса. Эти аналитики используют свои собственные термины, хотя их цель – ответить на те же вопросы, которые ставили перед собой Лихтенберг и Стерн: как развивается раннее взаимодействие младенца со значимыми для него ли-

цами, что младенец привносит в него из своих генетических задатков, как организуется его первое самоощущение, для чего ему нужны побуждения извне, какие стадии он проходит в своем развитии, как возникает символизация, что происходит до возникновения у ребенка символов в его отношениях со значимыми другими лицами, какие аффекты при этом важны и как они регулируются?

Мы не будем здесь излагать результаты всех имеющих отношение к теме исследований, а лишь выберем некоторые ключевые моменты. При этом мы будем обращать внимание на пользу результатов этих исследований младенцев для психоаналитической теории развития и будничной практики психоаналитиков.

Можно выделить три важных *этапа развития самости, аффектов и символизации:*

1) На первом году жизни у младенца, по-видимому, существует только смутное ощущение чего-то приятного и неприятного, радости и досады. Некоторые аффекты генетически запрограммированы, другие развиваются из ранних интеракций со значимыми лицами. При этом границы между внутренним и внешним, между самостью и окружением еще нечеткие и проницаемые. Самость и окружение еще неразрывны, образуют единое целое, правда, при этом самость представляет собой скорее расширение восприятия другого человека, а не переживание других людей как расширение себя (Fonagy et al., 2002, S. 16).
2) На втором этапе младенец не только учится различать внутреннее и внешнее, но и познает свои аффекты. Хотя врожденные, идущие изнутри поисковые движения также играют важную роль, но побуждения, идущие извне, оказываются важнее. Отражение собственных эмоций другими людьми (Kohut, 1971) необходимо для постоянного улучшения механизма регуляции аффектов. Теперь это отражение более четко дифференцируется в зависимости от удавшейся или неудавшейся регуляции, последняя сопровождается патологическим развитием вплоть до возникновения нарциссических расстройств личности и пограничных структур.
3) Усиление дифференциации в регуляции аффектов ведет к формированию у младенца более устойчивых репрезентаций этих аффектов и состояний самости. Фонаги с соавт. называют эти крепнущие интрапсихические репрезентации «ментализацией». Можно также говорить об увеличивающемся «структурировании» интрапсихического пространства, о формирующихся ментальных структурах, совершенно в духе фрейдовского «установления объекта в Я» или «отражения утраченных энергетических зарядов и высокого аффективного значения объекта» (Freud, 1923b, S. 257). Авторы да-

> ют буквально следующую формулировку: «Интернализованный образ значимого лица, отражающего внутренние переживания младенца, становится организатором эмоционального опыта ребенка» (Fonagy et al., 2002, S. 15). В случае ментализации речь идет о возрастающей способности создавать образы: самого себя (образ Я), другого человека (образ другого) и, наконец, мира (образ мира). Тем самым, если использовать другую формулировку, достигается ступень символизации. Тогда мы не только нерефлексивно переживаем какое-либо актуальное событие, но и способны мысленно проанализировать пережитое, интрапсихически сформулировать свое отношение к нему, составить себе представление о нем. Но эта способность к саморефлексии развивается только тогда, когда важные другие люди подобающим образом отражают аффекты и состояния самости младенца. И опять же здесь четко видна огромная зависимость маленького ребенка от значимых лиц, в данном случае от их способности составить четкое представление о самих себе и своем ребенке. Если у родителей есть такая способность, то у детей формируется надежная привязанность, а если нет – возникает ненадежная привязанность. Родители должны уметь представлять себе, что происходит с их ребенком в плане аффектов и что он намеревается делать, когда ведет себя так или иначе, например, хочет определенную игрушку, чтобы сделать с ней то или иное.

Эта способность матери или отца ничем не отличается от способности психоаналитика представлять себе внутреннее состояние своего пациента. «Чем более содержательны и гибки такие картины, тем лучше мы „ментализируем“» (Dornes, 2006, S. 172). Чтобы это работало, родители должны не только отражать аффекты ребенка, но и уметь «ставить метки», т. е. уметь особым способом их гиперболизировать. Такое подчеркивание позволит ребенку отличить свой собственный аффект от аффекта родителей, воспринимая его как что-то свое. «Лицо матери – как экран, на котором младенец видит то, что он чувствует» (там же, S. 174). Если мать не отражает конгруэнтно аффекты ребенка, а лишь показывает ему свои собственные аффекты, младенец путает свои собственные аффекты с аффектами матери, интернализуя их вместо своих собственных, что приводит к путанице: что здесь свое, а что – чужое.

Этот процесс различения своего собственного и чужого продолжается с возрастом в игровом взаимодействии с реальностью. Родителям нужно поддерживать игру ребенка, надлежащим образом подыгрывая ему. Они делают это, когда играют предназначенную для них роль, т. е. делают вид, что, например, сердятся, хотя на самом деле это не так. Тогда ребенок переживает реализацию своего желания, например, разозлить отца, но так, чтобы на самом деле не доводить его

до гнева, что представляло бы угрозу для него. Другими словами, ребенок создает в своих внутренних переживаниях образ, ментальную структуру, репрезентацию (точно так же, как родители создают себе представление о внутренних переживаниях ребенка). Такой образ хотя и эквивалентен реальности, на самом деле реальностью не является. В результате увеличивающегося диапазона игровых действий с другими людьми, действий, запечатлевающихся ментально, создается более или менее дифференцированный образ Я, причем тесно связанный с пережитым опытом общения с другими. При этом ребенок замечает, что его представление о себе не всегда идентично тому, которое другие люди составляют о нем.

Мы видим, насколько значимо для развития символизации и/или ментализации у ребенка не только реальное поведение значимых лиц, но и их ментальные представления о том, чего хочет, что чувствует, о чем думает их ребенок: без объекта нет ментализации.

Но справедливо и другое: без собственной компетентности младенец не будет надлежащим образом развиваться. В классическом психоанализе развитие определяют влечения, по Мелани Кляйн – врожденные внутренние фантазии. Этому тоже есть подтверждение в научных исследованиях младенцев. У ребенка есть врожденные социальные ожидания, для реализации которых необходимы другие люди: объекты самости, как их понимает психология самости. Но дети способны и сами по себе создавать объекты – «виртуального» другого человека (Braten, 1992; Dornes, 2006, S. 87). Здесь мы видим явные параллели с «вызванным спутником» Дэниэла Стерна (Stern, 1986, S. 162), а также с переходным объектом Винникотта. В этом смысле, наверное, следует понимать и «неизвестное известное» (Bollas, 1997, S. 290); хотя оно и отображается мысленно, но становится готовым к символизации и/или полностью ментализируется только благодаря взаимодействиям с внешним миром.

8. Нейробиология

В последние годы к психоанализу проявляют повышенный интерес как представители смежных научных дисциплин, так и общественность. На то есть много причин: все более наступательный и критический разбор психоанализом своих собственных методов и данных (см., например, главу IX), плодотворный дискурс с другими науками и, не в последнюю очередь, «неопровержимые» объективные данные одной из естественных наук – нейробиологии. Революционные до-

стижения в области методики и техники исследований позволили нейробиологии получить за прошедшее десятилетие впечатляющие данные о нормальном развитии и патофизиологии мозга. Как и в отношении когнитивистики и психологии памяти (Koukkou et al., 1998; Mertens, 2007), здесь мы также имеем пример области научных исследований, с которой психоанализ ведет интенсивный и конструктивный обмен опытом. Об этом свидетельствуют не только многочисленные объединенные нейробиологические и психоаналитические конгрессы, но и уже почти необозримый поток публикаций и недавно основанный журнал «Neuro-Psychoanalysis», который пытается интегрировать достижения нейробиологии и психоанализа. На сегодня здесь можно обнаружить различные позиции. Ряд исследователей, ссылаясь на нейробиологию, пытается верифицировать психоаналитические результаты и подходы. Они разрабатывают нейропсихоаналитические модели психических структур и психических функций, а также специфических заболеваний, например травматических расстройств, или рекомендуют специфические терапевтические техники, основанные на результатах нейробиологических исследований (Westen & Gabbard, 2002; Beutel et al., 2003; Solms, 2006). Другие исследователи видят в нейробиологии, как и в других науках, например в лингвистике или в исследованиях памяти, скорее возможность если не подтверждения или опровержения психоаналитических исследований с третьей, независимой стороны, то хотя бы критической рефлексии, как бы шанс построения научной триангуляции (Thomä, 1995; Bohleber, 2000). Некоторые исследователи, в свою очередь, опровергают обе эти возможности ввиду значительных методологических и методических различий между психоанализом и нейробиологией, предостерегая от биологизации психоанализа (Blass & Carmeli, 2007). В то же время за пределами этих дискуссий, которые, как мы полагаем, являются неотъемлемой частью живой, развивающейся науки, существует консенсус в признании того, что данные нейробиологии однозначно подтверждают некоторые положения психоанализа, например, об огромном значении первичных объектных отношений и аффектов для психического развития ребенка, а также о существовании бессознательного.

Так, новые исследования по биологии мозга поддерживают одну из центральных теорий психоанализа о существовании функционального круга соматопсихических-психосоматических воздействий, который помогает понять, каким образом опыт общения с первичными объектами оказывает стойкое влияние и на работу, и на морфологию развивающегося мозга (Bock & Braun, 2002). Учитывая огромное значение первичных объектных отношений для психического развития, в настоящее время все больше представителей биологической психиатрии (Helmchen et al., 2000), когнитивной психологии (Reck, 2004)

и исследователей травмы (Read & Ross, 2003) начинают интересоваться уже не только воздействием патогенных соматических факторов на психогенные процессы, но и воздействием патогенного опыта общения с объектами и возникающего в связи с этим психического стресса (кортизол, выброс глюкокортикоида) на биологию и химию мозга. При этом экстремальный опыт психических переживаний, таких как травматические объектные отношения с психически больными родителями (Remschmidt & Mattejat, 1994; Papousek, 2001), пережитые сильнейшие травмы (Read & Ross, 2003), а также неспецифическая хроническая беспомощность (Bock & Braun, 2002), которая не обязательно связана с травматическим опытом, оказывает объективируемое патогенное воздействие на развитие мозга детей раннего возраста.

Таким образом, очевидно, что, с поправкой на индивидуальные особенности, первичные объектные отношения могут специфическим образом влиять на физиологию и биохимию мозга. Это значит, что даже у минимально уязвимого мозга, находящегося в пределах диапазона нормативного развития, в результате «ненадлежащих» объектных отношений (которые совсем необязательно должны быть патологическими) могут появиться функциональные и структурные нарушения. И наоборот, даже незначительные дисфункции биохимических и физиологических процессов в мозге (толщина рецепторов, активность нейромедиаторов, плотность нейронов) могут негативно сказаться на индивидуальном психогенезе и первичных объектных отношениях (исследования усыновления). Точно так же пока еще остающиеся в пределах «нормы», но уже регистрируемые расстройства морфологии и функций развивающегося мозга младенца, вызванные генетическими и/или пренатальными причинами, оказывают такое же стойкое повреждающее воздействие, как и психогененетические факторы, например конфликты, типичные для конкретных стадий развития, или субъективно пережитые травмы. В результате сумма всех этих нарушений может серьезно помешать ментальному развитию самости, приводя, например, к ограничивающим защитным барьерам на пути раздражителей, к чрезмерной чувствительности, даже к незначительным помехам в проработке аффектов, а также к блокировке когнитивных функций и функций восприятия. Этот механизм называется в нейробиологии «эффектом мультипликатора». Им описывается процесс, «в котором небольшое врожденное отличие вызывает изменения в реакциях окружающего мира, которые, в свою очередь, вызывают различные реакции и т.д., так что первоначальный эффект очень быстро умножается» (Solms, 2006, S. 855). Эти результаты хорошо согласуются с другими данными, полученными в нейробиологии и генетике. Они показывают, что во время пре- и постнатального роста мозга из всех генетически заложенных структур активируются и дифференцируются

лишь те, которые лучше всего подходят для реализации приходящихся на этот период времени индивидуальных и специфических для каждого случая задач на адаптацию. На основе «пластичности нейронных связей» будут подкрепляться только те синапсы и нейронные соединения, которые имеют для организма адаптивную ценность; другие же связи блокируются. При этом решающие импульсы для активации наиболее оптимальных мозговых структур поступают от процессов эмоционального взаимодействия с окружающим миром. Интерактивный стресс, неадекватная стимуляция и регуляция аффектов неблагоприятно сказываются на развитии специфических нейронных структур (Pally, 1998; Kandel, 1999).

Кроме того, со стороны нейробиологии пришло подтверждение краеугольного постулата психоанализа о существовании бессознательных психических процессов:

> «Нейробиологические исследования, независимо от психоаналитической теории и клиники, дали неоспоримые доказательства существования бессознательных процессов. Самые именитые ученые-нейробиологи больше не оспаривают тезис Фрейда о том, что психические процессы любого рода протекают бессознательно. Кроме того, всеми признается, что сознание представляет собой весьма ограниченную область, в которой осуществляется лишь незначительная часть нашей психической активности» (Solms, 2006, S. 835).

Достоверность психоаналитической теории вытеснения также была подтверждена однозначными, с нейробиологической точки зрения, эмпирическими доказательствами. Причем это справедливо как для дескриптивного, так и для динамически вытесненного бессознательного. В лабораторных экспериментах и в нейропсихологических исследованиях были получены доказательства существования «мотивированного забывания» (там же, S. 836). В исследованиях терапевтической эффективности психоанализа были представлены первые эмпирические результаты: «Практически в каждом исследовании, посвященном успешному лечению катарсическим методом (с помощью разговора) и регистрирующем функциональную картину мозга, делается один и тот же вывод: терапевтический результат соответствует изменению активности обмена веществ в префронтальной области». На языке психоаналитических терминов это означает, что цель анализа – укрепить Я и сделать бессознательное доступным сфере его влияния (там же, S. 853). Аналогичные выводы сделаны относительно психоаналитической теории влечений, психоаналитической этиологии неврозов, теории сновидений, а также вторичного и первичного процессов (Solms, 2006).

V. Психоанализ – учение о сновидениях

Сновидение как жизнь.

Ф. Грилльпарцер

Публикацию работы «Толкование сновидений» справедливо называют часом рождения психоанализа, так как в ходе исследования психологии сновидений Фрейд открыл важнейшие характеристики и механизмы душевной жизни, а разработанные им в дальнейшем теории основаны на этих открытиях. Сам Фрейд в одном из писем к В. Флису (Freud, 1985c) связывал «час рождения психоанализа» с открытием бессознательной фантазии в случаях истерии, а также с обнаружением скрытого содержания сновидений. Работа «Толкование сновидений» (Freud, 1900a), несмотря на последующую модификацию и переработку отдельных глав, посвященных значению бессознательных символов, сновидениям при травматических неврозах и подходу к механизмам сновидений с позиций структурной теории, до сих пор остается одной из основополагающих для психоанализа, так как в этой книге впервые были изложены научный метод и клиника психоанализа.

Фрейд (1900a, 1916–1917a, 1933a) определяет сновидение как стража сна и одновременно как попытку проработки конфликта, как своего рода бессознательное мышление. Сновидение можно вспомнить в форме «явного содержания сновидения», а задача работы по объяснению, толкованию сновидений состоит в реконструкции и расшифровке «скрытого содержания сновидения». За исключением некоторых важных случаев всегда удается найти своего рода замаскированную реализацию желания; это вполне в духе драмы Грильпарцера, в которой сновидение показывает настоящую жизнь, в то время как у Кальдерона жизнь – это сновидение[1]. Величайшее значение имело сделанное Фрейдом открытие, что из «скрытых мыслей сновидения» с помощью специфической психической активности, «работы сновидения», образуется явное со-

[1] Более 70 пьес испанского драматурга Кальдерона (1600–1681) имеют религиозное содержание.– *Прим. ред.*

держание сновидения. Интерпретация сна снимает покровы с работы сновидения и делает ее понятной. Таким образом аннулируется часто довольно искусная маскировка скрытых мыслей сновидения, а значение бессознательных мыслей сновидения поднимается в сознание. В противоположность системам сознания и предсознательного (затем в структурной теории их место занимает Я), бессознательное остается активным и во время сна; это относится и к следам дневных впечатлений, например к мыслям и впечатлениям, возникшим в течение дня. Из-за вызванного сном снижения внимания, восприятия и цензуры активные бессознательные желания всегда грозят прорваться к сознанию и нарушить сон или даже прервать его. Такая опасность велика, ведь во время сна моторика должна пребывать в состоянии покоя.

Чтобы сон мог продолжиться, бессознательные представления желаний должны проявляться другим способом. Происходит это посредством механизмов работы сновидения, которые придают форму скрытому содержанию снов. Следы воспоминаний и остатки дневных впечатлений используются бессознательными желаниями как бы в качестве «троянского коня» и проявляются как образы восприятия в явном материале сновидений. Сама работа сновидения подчиняется законам первичного процесса, используя механизмы смещения и сгущения. Но сновидческая цензура также оказывает значительное воздействие на работу сновидения и вместе с вторичной проработкой (тенденцией психической жизни выстраивать в логическую взаимосвязь мысли и образы сновидений) приводит к тому, что скрытый материал сновидений маскируется, представляясь в виде явных мыслей сновидения.

Затем в структурной теории Фрейд сформулировал положение о том, что в сновидении происходит регрессивное изменение многих функций Я и Сверх-Я (Arlow & Brenner, 1964). Но и в структурной теории Фрейд придерживался своей первоначальной идеи, что «истинным творцом сновидения» является бессознательное желание (1933a, S. 18), а вторым источником сновидения следует считать дневные остатки: впечатления, мысли, соображения, приходящие из бодрствующего состояния и реальной жизни, которые сохраняются в предсознательном. Без этих остатков дневных впечатлений (так Фрейд утверждает и в своей структурной теории), бессознательные желания и импульсы влечений не могли бы проникать в предсознание и было бы невозможно формирование явных сновидений. Правда, в структурной теории, в отличие от топографической, больше подчеркивалось формирующее влияние цензуры сновидения. Особое место занимают «травматические сновидения» (1916–1917), которые не служат реализации желаний, а подчиняются навязчивому повторению, как бы выключают работу сновидения, так как постоянно и без прикрас воспроизводят травми-

рующую ситуацию. В структурной теории Фрейд рассматривал кошмарные сны как проявление наказания со стороны Сверх-Я.

Эмпирические исследования сновидений во многом подтвердили открытия Фрейда (Deserno, 2001; Leuschner, 2006). В исследованиях последнего времени также подчеркивается влияние Я и Сверх-Я на формирование сновидений, и внимание уделяется прежде всего расстройствам работы сновидения при различных психических заболеваниях, таких как пограничные расстройства (Weiß, 2002), психосоматозы (Zepf, 2006), психозы (Müller, 2008) и травматические расстройства (см. главу VI.7).

Вайс попытался наглядно представить структурный уровень символизации (вертикальная ось) и функцию (горизонтальная ось) сновидений (Weiß, 2002) на следующей схеме.

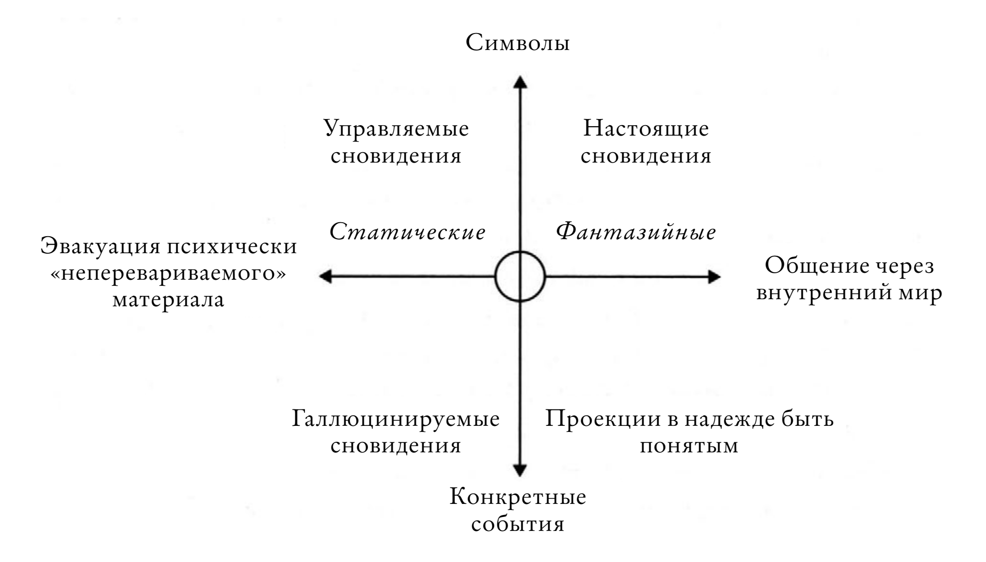


Рис. 3. Уровни символизации и функции сновидений (модифицировано по Weiß, 2002)

VI. Психоанализ как теория личности

В мире много сил великих,
но сильнее человека
нет в природе ничего.

Софокл. Антигона

1. Сексуальность – традиционный «фирменный знак» психоанализа

Психоанализ известен, прежде всего, тем, что придает большое значение влиянию сексуальности в человеческой жизни. Не случайно поэтому он подвергался резким нападкам с разных сторон. Неоднократно подчеркивалась относительность власти сексуальных желаний. В рядах психоаналитиков существует мнение, что сексуальность «улетучивается» (Parin, 1986). В противовес этому в последнее время сексуальности отводится довольно большая роль. Работа Фрейда «Три очерка по теории сексуальности», опубликованная в 1905 г., переживает ренессанс, правда, в современном психоанализе сексуальность дифференцируется по половому признаку – на женскую и мужскую. Актуальные свидетельства тому – две книги: «100 лет работе „Три очерка по теории сексуальности" – актуальность и правопритязание» Даннеккера и Катценбаха (Dannecker & Katzenbach, 2005), а также «Фрейд и сексуальность – новые психоаналитические и сексологические перспективы» Квиндо и Сигуша (Quindeau & Sigusch, 2005). Следовательно, мы не напрасно выносим эту тему в начало данной главы.

2. Человек во власти влечений – классическая теория влечений

Первоначально, при своем возникновении, психоанализ был главным образом теорией влечений. Позднее в ходе развития он был модифи-

[1] Перевод Д. С. Мережковского.– *Прим. пер.*

цирован в структурную психологию и психологию Я, а параллельно произошла дифференциация на теорию нарциссизма и психологию самости, а также выделились различные теории объектных отношений. Но для большинства дальнейших разработок основополагающие представления Фрейда, такие как понятие влечения или стадии психосексуального развития, по-прежнему имеют решающее значение. Да и сам Фрейд постоянно пытался последовательно дифференцировать теорию влечений и интегрировать ее в возникающие параллельно теоретические расширения: теорию нарциссизма, теорию объектных отношений, структурную теорию.

Фрейд проводит различие между побуждением, источником, целью и объектом влечений. Источники влечений – это, прежде всего, эрогенные зоны частичных влечений (см. далее: стадии сексуального развития), и поэтому они бывают соматической природы. Под побуждением Фрейд понимает стремящийся к разрядке и удовлетворению моторный элемент влечения, в то время как цели и объекты – это «самое изменчивое во влечениях». В качестве объектов может выступать как собственное тело, так и внешние объекты. Но целью всегда остается удовлетворение влечений. Так как, по Фрейду, объекты выбираются, прежде всего с точки зрения удовлетворения влечения, то цель первична, а объект вторичен (Freud, 1905d, 1915c, 1933a). Причем фрейдовское определение влечения, возможно, из-за сложности предмета исследования, не всегда однозначно. Иногда он уже само влечение называет психическим репрезентантом «раздражителей, поступающих в психику изнутри тела» (Freud, 1915c, S. 214), тем самым приписывая влечению символическое качество; в других местах текста Фрейд настаивает на том, что влечение может быть психически репрезентировано только посредством какого-либо представления или аффекта (Freud, 1915c). Фрейд формулировал различные теории влечений, чаще всего имевшие дуалистическую природу (Nagera, 1966). В период 1894–1912 гг. он отделял сексуальные влечения от влечений Я (= влечений к самосохранению). В 1914 г. Фрейд провел различие между нарциссическим и объектным либидо, которые были противопоставлены влечениям Я (= импульсам самосохранения). В 1915–1921 гг. Фрейд провел различие между сексуальными и агрессивными влечениями, а в 1920 г. – между Эросом (влечением к жизни и любви) и Танатосом (влечением к смерти). Большое значение имеет также тот факт, что в своей теории Фрейд ставил эти частичные влечения в зависимость, прежде всего, от отдельных эрогенных зон, которые в ходе психического развития интегрируются, образуя вышеописанные дуальные пары противоположных влечений.

В начальный период развития психоанализа сексуальным влечениям придавалось наибольшее значение, так как Фрейд (Freud, 1905d) обнаружил, что их конфликтное переживание вносит значительный

вклад в формирование невротических симптомов. Под сексуальными влечениями Фрейд понимает не только генитальные, в узком смысле сексуальные стремления, но и чувственные прегенитальные стремления, например такие, как нежность, стремление к контактам, а также и садистские импульсы. Это имело далеко идущие последствия для исследований сексуального влечения, потому что Фрейд в ходе этой работы открыл существование инфантильной сексуальности и, кроме того, смог показать, что влечения развиваются, подвергаются трансформации и сублимации, а также оказывают существенное влияние на конфликтные процессы в психической жизни людей (Loch, 1999). Далее, внутри стадий психосексуального развития Фрейд выделил сам факт существования и активности частичных влечений (например, влечения к показу себя, жажду знаний, влечения к подсматриванию), а также постулировал интеграцию частичных влечений при главенстве генитальности.

Кроме того, Фрейд анализировал влечения самосохранения, или влечения Я, которые зачастую находятся в конфликте с сексуальными влечениями. Влечения Я или исходят от Я и направлены к объектам, или направляются к Я с целью обеспечения его сохранности. На стадии исследований, датируемой примерно 1914 г., Фрейд еще раз разграничил сексуальные влечения: направленные на внешний объект (объектное либидо) и направленные на Я (нарциссическое либидо).

Еще один этап теоретического обобщения, имеющий решающее значение, начался в 1920 г., когда Фрейд постулировал существование влечения к смерти (Freud, 1920g), которое находится в постоянном конфликте с влечением к жизни (Эросом). Можно сделать критическое замечание, что эти различные концепции влечений никогда не были по-настоящему интегрированы, а возможно, что их и вообще нельзя интегрировать, столь разные аспекты психической жизни они затрагивают. Кроме того, до сих пор не утихают споры, существует ли первичная деструктивность и до какой степени существование психического влечения к смерти может наблюдаться в клинической практике.

Фрейд (Freud, 1905d) описал отдельные стадии психосексуального развития и действующие на них частичные влечения:

1) Начальная *оральная стадия* – это первый этап развития влечений и психосексуального развития, когда эрогенной зоной является область вокруг рта (губы, язык, ротовая полость), где действуют оральные частичные влечения (сосание, глотание, разгрызание, рвота, удерживание, разрушение). Отношения с внешней реальностью и с объектом складываются, прежде всего, в процессе того, как ребенок все тащит в рот, что сопровождается прегенитальным сексуальным наслаждением. Абрахам (Abraham, 1924) различал ран-

нюю оральную стадию сосания и более позднюю орально-садистскую, каннибалистическую стадию. Фрейд (1905d) описал действия орального частичного влечения, стремящегося присоединить к себе объект, съесть его (например, при сосании материнской груди). На оральной стадии организации частичного влечения, как отмечал Фрейд (1920g, S. 58), «овладение объектом любви еще совпадает с его уничтожением». Фрейд исследовал также первые проявления амбивалентности, возникающие на этой стадии и выражающиеся то в форме нежности и завладения, то в форме уничтожения. Типичные на стадии оральности механизмы защиты – это отрицание, интроекция и проекция. С их помощью Фрейд описывает конфликт и противоречия между либидинозными и деструктивными побуждениями, проявляющиеся уже на более поздних стадиях орального развития: съедаемый объект разрушается (есть даже просторечное выражение «любить кого-то так, что аж съел бы его»). Здесь присвоение (съедание) и разрушение пока еще неразделимы и включены в единый процесс.

2) Следующая стадия психосексуального развития называется *анальной стадией*, на этом этапе действуют анально-эротические и анально-садистские частичные влечения. Они выражаются в удержании и выталкивании, захвате и овладении, контроле и манипулировании, а также в уважении и презрении. Типичные механизмы защиты, проявляющиеся на анальной стадии развития либидо, – это формирование реакции (защитный механизм, посредством которого индивид создает способы поведения и формирует интересы, противоположные вытесненным желаниям) и отмена, аннулирование сделанного (как будто его вовсе не было), а также изоляция и отрицание. Эрогенной зоной является, прежде всего, зона анального отверстия, в результате раздражения которой возникает сексуальное прегенитальное наслаждение. Анальная организация влечений характеризуется парой противоположностей – активности и пассивности, предшественницей мужских и женских тенденций (соотнесенных с инфантильной сексуальностью).
3) *Фаллическая стадия* представляет собой третью ступень психосексуального развития, на которой эрогенные зоны представителей обоих полов находятся в генитальной области. По мнению Фрейда, в бессознательной фантазийной жизни обоих полов (а не в психоаналитической теории об этом, как иногда по ошибке предполагают даже сами психоаналитики) существует только один половой орган – пенис. Но и при главенстве фаллоса частичные влечения остаются все еще «полиморфно перверсными». Инфантильная мастурбация здесь концентрируется на генитальной эрогенной зоне и сопровождается фантазиями об отрицательном, а также

положительном эдиповом комплексе. Затем обнаружение половых различий приводит мальчика к переживаниям страха перед кастрацией, а девочку – к зависти к пенису. В этом смысле фаллическая стадия является нарциссической фазой, поскольку все объекты внешнего мира в бессознательной фантазии у представителей обоих полов обладают теми же самыми фаллическими гениталиями, что и субъект (Roskamp & Wilde, 1999, S. 190). Для Фрейда (главным образом на более поздних этапах развития его теории) эдипов комплекс состоит из совокупности всех либидинозных и агрессивных импульсов влечений, которые и мальчик, и девочка ощущают по отношению к обоим родителям. При этом Фрейд различает отрицательный и положительный эдипов комплекс. Фрейд говорит о положительном эдиповом комплексе, когда имеет в виду соперничество ребенка с родителем одного с ним пола за любовь к родителю противоположного пола, и, соответственно, об отрицательном эдиповом комплексе, когда дело обстоит как раз наоборот. Разрешается эдипов комплекс путем идентификации ребенка с родителем одного с ним пола. Однако, по современным представлениям, идентификация с родителем противоположного пола тоже играет большую роль в преодолении эдипова комплекса (см. главу VI.5).

3. Агрессивность и насилие

Сексуальность и агрессивность – это, несомненно, два определяющих фактора человеческой жизни. Причем проблема внутрииндивидуальной и межличностной агрессивности, проблема агрессивного, т. е. оскорбительного, разрушительного, насильственного поведения, до сих пор отнюдь не решена (Kutter, 2002). Поэтому мы не можем обойти эту проблему в представляемой здесь психоаналитической теории личности. У самого Фрейда были сложности с феноменом агрессивности. Иногда Фрейд исходит из того, что агрессивно-садистское поведение бывает следствием влечения. Вопрос лишь в том, следует ли понимать агрессивно-садистские влечения в духе монистической теории влечений как относящееся к сексуальности или, может быть, они – в духе дуалистической теории влечений – представляют собой самостоятельную группу влечений. Ситуация не прояснилась и после того, как Фрейд (Freud, 1920g), опираясь скорее на умозрительные размышления, чем на наблюдения, высказал гипотезу о влечении к смерти, влечении, первичная цель которого – поиск смерти для самого индивида, а вторичная – возможная направленность его на других.

Сегодня мы различаем внешние феномены агрессии (которые поддаются описанию и сопровождаются яростью, гневом, враждебностью и насилием) и скрытые за ними внутренние силы и мотивы. Мы дифференцируем слишком общее понятие «агрессивность»; его составляют совершенно разные мотивы, причем самой убедительной мы считаем теорию мотивационных систем (см. главу IV.5) Лихтенберга (Lichtenberg, 1989), потому что она согласуется с современными исследованиями младенцев, биологией поведения и исследованиями приматов. Кроме того, в повседневной психоаналитической практике она позволяет дифференцировать потребности, аффекты и мотивы наших пациентов. Любопытство, стремление к исследованию и самоутверждение образуют сильные мотивы; латинский глагол «aggredio» (буквально – подходить, приближаться) означает «с любопытством подходить к чему-то (человеку или вещи, рассматривать их, проникать в них, а также и самоутверждаться, привлекать людей на свою сторону, отстаивать свою точку зрения, защищать свою территорию)»; это вполне конструктивная агрессивность в своих собственных интересах ради своей семьи, группы.

О деструктивной агрессивности мы говорим тогда, когда причиняется большой вред другим людям, когда их обижают, ранят, уничтожают, разоряют. Но это относится также и к внутренним объектам и собственной самости, что проявляется в распространенных сегодня нарушениях, связанных с саморазрушением. В их психогенезе мы с самого детства находим недостаток уверенности, тепла и чувства безопасности. Вполне естественные потребности в привязанности, эмоциональной близости, в признании и одобрении оказываются неудовлетворенными. К отсутствию незаменимого (положительного) внимания добавляется тяжелая (отрицательная) травматизация – сексуальное насилие, прямые физические побои или косвенные психические травмы, оскорбления, унижения.

Ориентированные на теорию объектных отношений психоаналитики придерживаются дуалистической теории влечений, в соответствии с которой врожденные аффекты образуют строительные элементы движущих сил либидо и агрессивности. По этой теории, ненависть включает в себя интернализованные объектные отношения, в которых агрессивный репрезентант самости связан с репрезентантом объекта, провоцирующего ярость или оказавшегося несостоятельным. Агрессия как влечение является вышестоящей структурой мотивов (Moser, 2005), которую образуют негативные, болезненные, доводящие до ярости аффекты; либидо как влечение образуется из сексуально возбуждающих аффектов. Агрессия играет центральную роль в развитии садомазохистских отношений. Несмотря на принадлежность к различным школам, взгляды психоаналитиков на значение судеб сексуального либидо

мало чем отличаются, чего нельзя сказать об их представлениях об агрессии. Кляйнианские авторы и приверженцы теории объектных отношений развивают гипотезу Фрейда о влечении к смерти и предполагают, что второй источник влечений – это агрессия, которая проявляется или как первичный мазохизм (он затем вторично направляется на внешние объекты и выглядит как садизм), или даже как влечение к смерти с целью уничтожения всех психических функций и внутренних объектных отношений (Сигал: полная зависти агрессия к зависимой самости; Бион: разрушение собственного психического аппарата; представители теории травм: уничтожение всех связей с объектами). Другие авторы предполагают существование первичного садизма, врожденного влечения к разрушению, а авторы, ориентированные на психологию самости и интеракционный подход, исходят скорее из гипотезы об агрессии как реакции на фрустрацию (агрессия как месть за оскорбления) (см. главу VI.10). В традиции британской группы независимых психоаналитиков и Винникотта, а также Балинта деструктивные импульсы, вызванные фрустрацией, например страхом отвержения злым объектом, служат разрушению объекта (оральный и анальный садизм), дифференцируются от нарциссической деструктивности и контроля над объектом, служащего для поддержания когерентности самости.

4. Традиционные модели личности

В течение жизни Фрейд не раз предпринимал попытки теоретически осмыслить многообразные психические процессы. В его «Наброске научной психологии», вышедшем в 1895 г. (Freud, 1950c), говорится, что личность – это «Я-реальность» (способ функционирования влечений Я сообразно принципу реальности), над которой властвуют влечение к самосохранению и сексуальное влечение. Поскольку существуют такие побуждения, которые определяют собственно личность, а не только сексуальное влечение, Фрейд был вынужден все время вносить поправки в свои теоретические предположения. В 1914 г. в работе «Введение в нарциссизм» (1914c) Фрейд вводит новое измерение, описывая качества, названные «нарциссическими», которые относятся к нашей самооценке, нашей самоценности и нашему самосохранению. Вышедшая в 1921 г. работа «Психология масс и анализ Я» (Freud, 1921b), а также опубликованная в 1923 г. книга «Я и Оно» (Freud, 1923b) подготовили условия для разработки известной структурной модели – Оно, Я и Сверх-Я; в эту модель были внесены лишь незначительные изменения, начиная с работы «Торможение, симптом и страх» (Freud, 1926d),

31-й лекции «Разделение психической личности» из «Новой серии лекций по введению в психоанализ» (Freud, 1933a) и заканчивая «Очерком истории психоанализа» (Freud, 1940a).

4.1. Топографическая модель

Фрейд разработал топографическую теорию в главе VII «Толкования сновидений» (Freud, 1900a) и дифференцировал ее в метапсихологических сочинениях (Freud, 1913i, 1915c, e, 1916–1917a). Еще раньше, изучая сновидения, шутки, оговорки, описки и другие ошибочные действия, Фрейд обнаружил там те же психологические механизмы и процессы, что и при формировании невротических симптомов,– феномены, которые тоже хорошо объясняются топографической теорией.

Исследуя процессы сновидений, а также процессы формирования фобических и истерических симптомов, Фрейд выяснил, что в психической жизни можно выделить сознательные, предсознательные и бессознательные стороны. Он открыл, что импульсивные желания могут вступать в противоречие с моральными ценностями и приводить к интрапсихическому конфликту. В этом случае они могут вытесняться в бессознательное и при достижении определенной интенсивности приводить к формированию симптома. Решающее значение в этой концепции имеет вопрос, получило ли такое желание доступ к сознанию, а тем самым и к удовлетворению, или же оно вытесняется в бессознательное. Именно на этом была основана топографическая техника лечения: если импульс желания удавалось «вытащить» из бессознательного и осознать, то симптоматика исчезала. Фрейд постулировал существование в психической жизни людей трех взаимосвязанных систем:

1) *система бессознательного* определяется первичным процессом и характеризуется непротиворечивостью, отсутствием связи с каким-либо временем, а также смещением и сгущением. Фрейд также часто называет бессознательное вытесенным, а цензуру между тремя системами – вытеснением. Неудавшееся вытеснение может приводить к невротическим симптомам. Бессознательное характеризуется также как местонахождение бессознательных желаний и влечений;
2) *система предсознательного* содержит психические элементы, доступные для сознания. Важнейшей функцией этой системы является цензура. Предсознательное характеризуется вторичным процессом (рациональное мышление, подход с позиций реализма, принцип реальности);

Сознание	Предсознательная область	Бессознательная область

Рис. 4. Топографическая модель (Freud, 1900a, S. 546, модифицировано)

3) *система сознания*, которую Фрейд приравнивает к чувственному восприятию и моторике (Arlow & Brenner, 1964; Tyson & Tyson, 1990).

4.2. Структурная модель

В этой модели Оно, Сверх-Я и Я в качестве инстанций или систем личности ведут себя активно или реактивно по отношению к реальности. При этом сфера Оно во многом идентична бессознательной сфере топографической модели. Здесь процессами управляют особые закономерности, во многом неподвластные контролю со стороны Я, такие как механизмы смещения, сгущения, перестановки, которые в образной форме, частично искажаясь, могут проявляться в сновидении. Господствующий принцип – это принцип наслаждения, который аналогичен анархии в политике.

В Сверх-Я локализируются нормы и ценности, которые в результате разнообразных воспитательных воздействий, а также под влиянием родительских и социальных образцов зафиксировались в структуре развивающейся личности. Нормы и ценности вместе со связанными с ними требованиями и запретами по большей части становятся бессознательными в ходе жизни. Однако они вовсе не утрачивают своего мощного влияния, ограничивающего автономию Я.

Таким образом, Я оказывается предельно зажатым между Оно и Сверх-Я и, по сравнению с этими инстанциями, его положение очень тяжелое. Действительно, Я испытывает давление с двух сторон. С одной стороны все влечения Оно, сексуальные и агрессивные импульсы стремятся к удовлетворению. Между тем их действительное удовлетворение принесло бы молодому человеку много неприятностей и «разборок» с родителями. С другой стороны, в Сверх-Я запечатлелись запреты родителей, которые уже и без их присутствия действуют как совесть, напоминают: «Этого делать нельзя, иначе будешь наказан!» Для Я, зависящего от Сверх-Я, это означает: «Как я беспомощен перед влечениями Оно и требованиями Сверх-Я!» К этому добавляются еще и текущие реальные события, дополнительно «осаждающие» Я, – действительно безрадостное представление, которое психоанализ создает о нашей личности.

Однако обстоятельства меняются, если мы обратимся не к детскому или искаженному невротическими расстройствами Я, а к полнос-

тью развитому «зрелому» Я. Такое зрелое Я является носителем сознания, посредником между «напирающими» из Оно бессознательными побуждениями и локализованными в Сверх-Я требованиями и запретами. Кроме того, зрелое Я – это инстанция контроля и принятия решений, которая отслеживает проблемы и конфликты, легко возникающие из-за часто противоречивых требований со стороны различных инстанций, подбирает приемлемые решения, подтверждает или отбрасывает их. При этом решение принимается совершенно осознанно и направляется либо на удовлетворение влечения в ситуации, предоставляющейся благоприятной, или на отказ давать волю своим страстям. Реализация импульсивных (инстинктивных) желаний может также откладываться на более поздний срок. Возможен компромисс с частичным отказом от желания и частичным его удовлетворением в социально приемлемой форме в виде сублимации. При благоприятных обстоятельствах в распоряжении Я оказывается весь потенциал Оно. В результате Я чувствует себя обогащенным и наполненным жизненными силами, так как отвергавшаяся ранее эротика, чувственность или страстность интегрируются в Я.

Выросшее здоровое Я приобретает автономию также и по отношению к Сверх-Я, так как осознанно принимает решение о том, целесообразно ли считаться с запретом со стороны Сверх-Я в данной конкретной ситуации. Кроме того, Я решает, целесообразно ли соглашаться с каким-либо предрассудком или лучше критически его перепроверить, как следует обдумать и преобразовать в свое осознанное мнение.

Впрочем, большое напряжение в Я вызывают идеалы нашей личности, о которых мы пока не упоминали. В структурной модели они или локализируются в Сверх-Я, или представляют собой самостоятельную инстанцию. Теперь Я проверяет, согласуются ли наши идеалы с реальностью или нет: не слишком ли они завышены, а потому недостижимы? Что лучше: используя соответствующее поведение, приблизиться к идеалу или приблизить идеал к реальному поведению?

В таком целостном, здоровом состоянии области Я, Оно, Сверх-Я и идеалов четко отделены друг от друга, а не втянуты в сильнейшие конфликты, как это имеет место в случае с ребенком или невротиком. Я как ядро личности изменяется скорее за счет того, что присваивает себе большие области Оно (это совершенно в духе изречения Фрейда: «Где было Оно, там станет Я»), а также большие участки Сверх-Я. Теперь Сверх-Я уже не возвышается над Я, а находится рядом с ним. Тем самым, в психоанализе понятие Я совпадает с понятием личности. Фрейд (1923b, p. 243) описывает Я как «представление о единой организации психических процессов личности».

В этой связи стоит вспомнить наглядный образ, который встречается еще у Платона: образ всадника и лошади, который эффектно по-

казывает отношения власти и бессилия. Мы можем представить себе человека, не умеющего ездить верхом, который полностью находится во власти лошади, в то время как опытный наездник умеет использовать силы лошади в своих целях. Этот пример с лошадью демонстрирует альтернативу: если всаднику удается подчинить себе лошадь, он (Я) как бы одновременно увеличивает свою силу на величину энергии управляемой им лошади; в противном случае всадник (Я) оказывается слабее, чувствует себя бессильным, слабым и полностью отданным во власть лошади (Оно).

В рассматриваемой нами метафоре всадник должен обуздать лошадь (Я должно контролировать, сублимировать, вытеснять влечения, чтобы использовать, т. е. удовлетворять их и не быть унесенным, переполненным ими), так что влечения интегрированы в личность, главенство генитальности признается. Я здесь выступает как сильная инстанция, думающая, чувствующая и действующая относительно автономно. Я крепко держит поводья, способно управлять лошадью и, если понадобится, обуздать ее. Этим устраняются не только прежние зависимости от реальности, препятствовавшие автономии, но и зависимости от биологически заложенных инстинктивных побуждений Оно, от требований со стороны Сверх-Я и от претензий наших идеалов, что, собственно, и составляет цель любого психоанализа (см. рисунок 5).

С помощью топографической теории, опираясь на гипотезу о том, что в основе невротических симптомов (например, представленных в классических случаях лечения, проведенного Фрейдом) лежит конфликт между сексуальными желаниями и защитными силами, и на тот факт, что попытки вскрыть эти обстоятельства в аналитической психотерапии сопровождались сильным сопротивлением, удалось убеди-

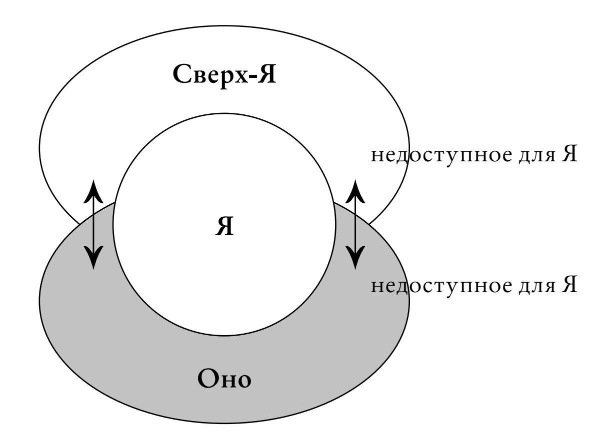


Рис. 5. Ограниченное Я, находящееся под властью Сверх-Я и Оно.
↕ = подсознательная коммуникация Оно и Сверх-Я

тельно объяснить собранные в клинике эмпирические данные. Таким образом, согласно топографической теории, существуют интрапсихические конфликты между сексуальными (нарциссическими – Freud, 1914c – и агрессивными – Freud, 1916–1917g) желаниями бессознательного, с одной стороны, и системами предсознательного/сознательного, ориентирующимися на реальность, мораль и этику, с другой стороны. Цензура пытается удерживать в вытесненном состоянии желание, пробивающееся в сознание и нацеленное на удовлетворение. Если это вытеснение не удается, вытесненное желание возвращается и пробивает себе дорогу к сознанию в форме невротического симптома. Симптом является компромиссом, потому что бессознательное желание может проявиться только в искаженной форме и в нем содержатся как аспекты собственно бессознательного желания, так и аспекты цензуры и морали. Тревога в топографической теории конфликта рассматривается в связи с неудавшимся вытеснением; она возникает в результате трансформации, преобразования неудовлетворенных бессознательных желаний. Схематически это можно представить следующим образом:

бессознательное желание → предсознательная цензура → вытеснение → неудавшееся вытеснение → превращение желания в тревогу → формирование симптома.

Правда, Фрейд наблюдал, что цензура и вытеснение осознаются далеко не всегда, а потому не могут быть полностью отнесены к системе предсознательного, и что существуют также бессознательные желания быть наказанным; Фрейд описал это в работе «Я и Оно» (1923b). Однако в соответствии с топографической моделью основанные на морали установки следовало бы также отнести к системе предсознательного. Эти противоречия и привели к дополнению и замене топографической модели на структурную теорию, которая разрабатывалась начиная с 1920-х годов (Freud, 1923b, 1926d, 1933a).

Основанная на структурной теории модель конфликтов по некоторым аспектам принципиально отличается от своей предшественницы (топографической модели). Остановимся на этом подробнее. В структурной теории Фрейд разделяет психику на Оно, Я и Сверх-Я. При этом Фрейд определяет Оно как психический репрезентант импульсивных побуждений, резервуар агрессивных и либидинозных желаний, стремящихся к удовлетворению. Оно относится к бессознательной части психической жизни. Фрейд пишет, что содержанием Оно являются, «прежде всего, влечения, происходящие из телесной организации» (Freud, 1940a, S. 68). Оно можно отождествить с вытесненным динамическим бессознательным, поскольку там действует первичный процесс. По Фрейду, в начале жизни Оно охватывает всю психику,

в то время как Я представляет собой ту ее часть, которая «развивается под воздействием чувственных раздражителей из внешнего мира» (Arlow & Brenner, 1964, S. 37). Сначала Я представлено сенсорными и моторными функциями и только в ходе психического развития становится способным на то, чтобы держать под контролем хотя бы часть притязаний Оно, прежде всего с помощью защитных механизмов. Механизмы защиты – это функции Я, посредники между желаниями (стремящимися ради своего удовлетворения пробиться из Оно в сознание), требованиями со стороны внешнего мира и Сверх-Я.

В модели конфликтов, основанной на структурной теории, Я отводится задача посредничества между импульсивными желаниями, требованиями со стороны внешнего мира, а также запретами и требованиями Сверх-Я. Создавая структурную модель, Фрейд обнаружил, что вытеснение – не единственный защитный механизм и что у Я есть в распоряжение еще целый ряд различно структурированных защитных функций. Кроме того, Фрейд выдвинул гипотезу, согласно которой различные защитные структуры формируются на разных стадиях психического развития. Так, сегодня различают психогенетически более ранние и более поздние защитные механизмы (см. главу IV). Защитные механизмы формируются не только из-за необходимости адаптации к внешней реальности, но прежде всего для проработки страха.

В структурной теории Фрейд выделил различные виды страха, которые возникают один за другим в истории развития человека: страх рождения, страх потери любви (страх утраты объекта или разлуки с ним), страх перед кастрацией, страх наказания – и связал эти страхи, в свою очередь, со специфическими стадиями развития. Фрейд разработал (Freud, 1926d) теорию страха, основанную на структурной теории, в которой страх не является результатом неудавшейся защиты (как было в топографической теории), а, наоборот, мобилизует защитные образования. Однако, наряду с вышеупомянутыми типичными ситуациями страха, Я могут тревожить бессознательные сексуальные и агрессивные желания, пробивающиеся из Оно, потому что эти желания не могут быть согласованы ни с морально-этическими требованиями (Сверх-Я), ни с требованиями со стороны внешнего мира. Тогда Я мобилизует сопротивление, т. е. защитные механизмы, чтобы контролировать желания, идущие из Оно. Цель защитных механизмов – уменьшение страха. Важнейшие защитные механизмы, выделяемые в структурной теории и систематически исследованные Анной Фрейд в 1936 г., – это вытеснение, отрицание (игнорирование болезненной реальности, фактов, «делание их неслучившимися», а также непризнание), изоляция, проекция, обращение в противоположность, формирование реакции, отказ. Наряду с защитными механизмами, у Я есть еще и другие функции, такие как сознание, чувственное восприятие,

восприятие внутренних и телесных процессов, мышление, моторика, речь, тестирование реальности и память. Психология Я определила некоторые из этих функций как первично автономные, т. е. не возникшие из конфликтов (Hartmann, 1964). Естественно, первичные, бесконфликтные, независимые, автономные аппараты Я, такие как восприятие, моторика, интеллект, могут быть вторично сильно ограничены невротическими, психосоматическими или психотическими конфликтами. Последователи Фрейда все больше стремились определить Я через его функции. Важнейшая задача Я – уменьшение страха и самосохранение. Этого Я пытается добиться с помощью синтетических и интегрирующих функций (Nunberg, 1959).

Сверх-Я и Я-идеал – это аспекты Я, они представляют собой группу психических процессов, ориентированных на осуществление идеальных целей, а также на соблюдение морально-этических требований и запретов. Если их рассматривать с позиции развития, то они возникают на эдипальной стадии на основе инцестуозных желаний и соперничества, производных от них страхов телесных повреждений и потери отношений с идеализированными родительскими объектами, а также вследствие нарциссических обид. Таким амбивалентным конфликтам предшествуют конфликты на оральной и анальной стадиях. Но теперь они проявляются с новой интенсивностью и в ином качестве (отношения с целостным объектом, носящие триадный характер); эти конфликты устраняются путем бессознательной идентификации с родителями, а также с Сверх-Я и Я-идеалом. В соответствии с новыми представлениями (Tyson & Tyson, 1990), идентификации, образующие идентичность, и структурообразующие идентификации, которые формируют структуру Сверх-Я, возникают на протяжении всего психического развития; тем не менее, идентификации на эдипальной стадии образуют основу для формирования характера и проявления личности. Фрейд в своей структурной теории установил, что запреты, вводимые Сверх-Я в раннем детском возрасте, отличаются гораздо большей жестокостью, чем запреты на более поздних стадиях развития, и что степень бессознательной агрессии против родительских фигур определяется прежде всего строгостью и высокими требованиями системы Сверх-Я и Я-идеала. Это означает, что корни строгости предэдипального и эдипального Сверх-Я уходят не только в реальные межличностные интеракции, но в значительной степени также в активность инфантильных влечений и выстроенную против них защиту. Поэтому решающее значение приобретает реальное, аффективно-когнитивно компенсирующее, присутствие родительских объектов. Кроме того, в структурной теории решающее значение имеет положение о том, что какие-то функции Я, Сверх-Я и Я-идеала могут быть осознанными (например, мышление, чувства, суждения, восприятие, речь),

а другие, напротив, бессознательными (это, прежде всего, защитные механизмы). Типичные конфликты Я и Сверх-Я переживаются как бессознательное чувство вины или чувство неполноценности. Решающее значение имеет тот факт, что Сверх-Я содержит не только идеальные представления о цели в форме подструктур Я-идеала и имеет наказывающий характер из-за своих требований и запретов, но и включает аспект защиты и заботы. Все эти качества восходят к идентификации с родителями и к бессознательным структурам Сверх-Я и Я-идеала, прежде всего, на эдипальной стадии.

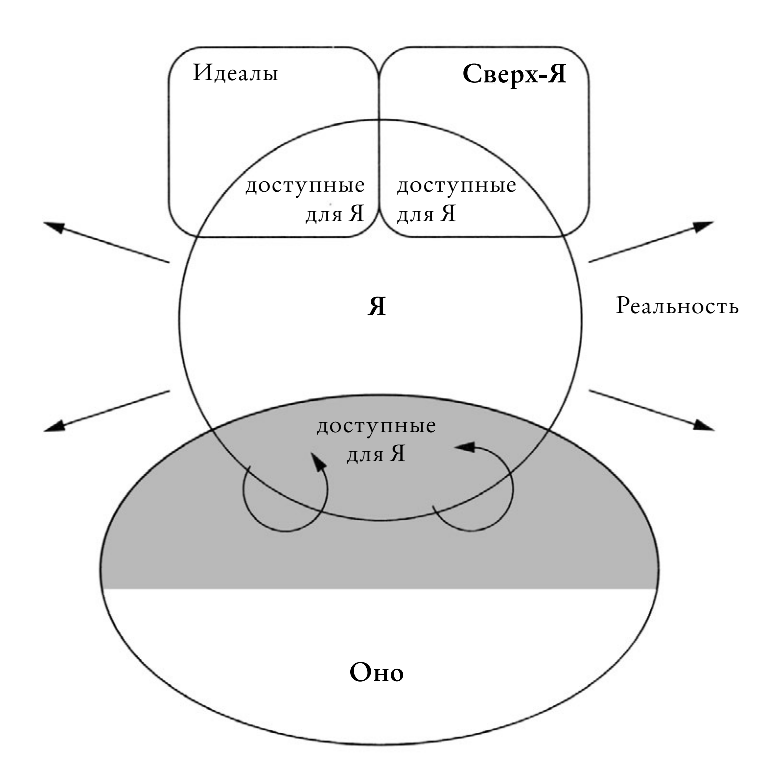


Рис. 6. Я, освобожденное от Сверх-Я и Оно и умеющее использовать Оно; идеалы и Сверх-Я частично интегрированы в Я, частично остаются за его пределами, но не имеют власти над Я

Однако в Сверх-Я входят также ценности и моральные ориентации общества и культуры в том виде, в каком они осознанно или бессознательно передаются родителями. Ранних предшественников Сверх-Я можно найти еще на прегенитальных, предэдипальных стадиях, и там они отмечены особой строгостью и жестокостью.

4.3. Типы характеров – специальная теория личности

Наверняка далеко не всем нравится, когда понятия, заимствованные из учения о болезнях, переносятся в область «нормальной» психологии. Ведь это означало бы, что мы предполагаем наличие у себя тех же процессов, которые в значительно более выраженном виде мы обнаруживаем и описываем у наших пациентов. Но если быть честными, то всегда можно заметить у самих себя черты, по меньшей мере, некоторых патологических расстройств или их компонентов. Вспомним хотя бы, например, тревожное избегание провоцирующих страх ситуаций, навязчивый контроль, депрессивные плохие настроения, склонность к болезненным пристрастиям или граничащую с бредом сверхчувствительность, с которой мы воспринимаем конструктивные замечания других людей. Соответственно, можно было бы говорить о фобическом, навязчивом, депрессивном, зависимом или параноидном характере. Часто исследователи выделяют также истерические, навязчивые, депрессивные и шизоидные структуры личности (Schultz-Hencke, 1951). Тем самым, типология личностных качеств, выделенных у психически больных людей, переносится в учение о характерах. Прилагательное «истерический», которое в просторечии стало употребляться в довольно уничижительном значении, означает такое свойство личности, которое мы находим у людей, любящих выставлять себя напоказ, привлекать всеобщее внимание и при этом изображать «лукавое безразличие», которое, однако, не лишено эротических намеков. В этом смысле *истерическую структуру* можно было бы поместить между импульсивным характером и характером с подавленными влечениями в духе Вельгельма Райха (Reich, 1925), потому что здесь сексуально-эротические тенденции одновременно и выражаются, и скрываются.

Навязчивая структура упоминалась еще при описании Фрейдом «анального» характера (см. главу VI.2), здесь же следует подробнее остановиться на *депрессивной структуре.* Она характеризует людей, которые всегда в большей или меньшей степени чем-то расстроены, подавлены, полны пессимизма, постоянно ожидают разочарований и потому часто сами их и провоцируют. Подобные структуры создают и поддерживают непроработанные разочарования в других людях, утрата значимых лиц и бессознательное чувство вины, однако совсем не обязательно, что эти структуры всегда статичны и не поддаются влиянию; как показывает опыт повседневной психоаналитической работы, они возникают в результате динамических бессознательных процессов и очень хорошо поддаются лечению с помощью психоанализа.

То же самое в принципе относится и к *шизоидной структуре* – название, которое может напугать, потому что напоминает о шизофрении. Этот испуг оправдан, так как действительно здесь постулируется

сходство с шизофренией. Шизоидные люди холодны, дистанцированны, нелюдимы, недоверчивы, у них нарушены контакты, и они оторваны от жизни. Каждый из нас наверняка знает таких людей или может быть даже видит шизоидные черты в самом себе. Но в выражении «шизоидный характер» нет ничего уничижительного, как и в обозначении людей с «истерическим» характером.

Принимая во внимание общественно-политический интерес к психоаналитической теории личности, мы не можем не представить читателям следующие портреты. Первый из них – это изначально описанный Вильгельмом Райхом (1933) так называемый *буржуазный характер.* Психическая структура буржуазного характера идеально соответствует требованиям нашего общества, ориентированного на достижения, на успех, он воплощает его добродетели: обязательность, послушание, пуританскую этику, предпочтение работы любым удовольствиям, вознаграждение хорошего специалиста и принцип оплаты по количеству и качеству труда. Здесь также можно сказать, что наш опыт непосредственного знакомства с людьми дает достаточно доказательств, что такие типы характера существуют; ведь все мы выросли в обществе, ориентированном на успех, а потому в большей или меньшей степени сформировались под его влиянием, даже не догадываясь об этом.

Теперь плавно перейдем к *мазохистскому характеру.* В нем прибавляется готовность страдать. С полным правом назвать «мазохистами» можно таких людей, у которых страдание культивируется настолько, что приобретает характер наслаждения. Речь идет о людях, которых в детстве настолько «выдрессировали» с помощью телесных наказаний, что они не видят никакой другой возможности удовлетворить свои сексуальные желания, не говоря уже об агрессивных. Только в извращенной форме (страдая) мазохисты способны пережить что-то наподобие запретного для них наслаждения. Это люди, для которых любые авторитарные системы, политические или религиозные, не так уж нежеланны. Не случайно понадобилось очень много времени на то, чтобы, преодолевая сильное сопротивление, изменить установку взрослых по отношению к телесным наказаниям детей.

Взаимосвязи между тоталитарными общественными структурами и структурами характера станут еще более наглядными, если мы в заключение обратимся к *авторитарному характеру,* который был описан Теодором Адорно, Бруно Беттельхаймом, Эльзой Френкель-Брунсвик, Марией Яхода и др. (Adorno et al., 1950) как «авторитарная личность». Это понятие относится к людям, исполненным предрассудков; они перенимают суждения других людей, считая их своими собственными, ценя общепринятые нормы выше всего, отвергая чуждое, постороннее и видя только себя и свою группу. Попытки критики подавляются в зародыше. Люди с таким характером привязаны к авто-

ритетам, потому что они рано научились приспосабливаться и подчиняться. Поэтому в политике они ведут себя лояльно по отношению к государству и проводимой им политике. В целом они всегда стоят на стороне власть имущих. При этом люди с авторитарным характером требуют от других, чтобы те подчинялись им так же, как они сами подчиняются авторитетам. Родители любят таких детей. Государства с авторитарной структурой требуют от своих подданных, чтобы они принимали и выполняли их правила.

Как показали статистические оценки, полученные в исследованиях Адорно и его сотрудников, с этим типом характера коррелируют высокие баллы по трем разработанным этими авторами шкалам: по шкале этноцентризма, шкале антисемитизма и шкале фашизма. Это означает, что установка на авторитет связана не только с завышенной оценкой значимости своего народа, но и недооценкой, обесцениванием и даже презрением по отношению к другим народам, особенно малочисленным. При этом сразу становится очевидным, что у подобных людей, наряду с этноцентрическими и антисемитскими чертами, можно найти и симпатию к фашизму. Им свойственна также приверженность к антидемократичским идеям, упорное отстаивание консервативных ценностей, раболепство перед авторитетами и повышенная агрессивность, ничем не проявляющаяся во внешнем поведении, но постоянно готовая выплеснуться вовне, включая готовность к разрушению. Как показывают характеры, аналогичные типу Адольфа Эйхманна[1], при этом не обходится и без готовности мучить, пытать и убивать других людей. Во времена национал-социализма люди с такими чертами характера могли беспрепятственно проявлять накопившиеся у них деструктивные импульсы в полном соответствии с расовой идеологией.

Но давайте будем откровенны. Каждый из нас потенциально способен на такие поступки. Эксперименты социального психолога Стэнли Милграма (Milgram, 1969) однозначно показывают, насколько легко нормативное групповое влияние может привести к жестокому поведению. Две трети испытуемых считали: то, что сказал авторитетный человек, правильно. Они легче подчинялись приказам наказать других людей электрошоком тогда, когда человек, которого по схеме опыта якобы подвергали мучениям, оставался анонимным и находился отдельно в другом помещении.

---

[1] Адольф Отто Эйхманн (нем. Adolf Otto Eichmann, 1906–1962) – немецкий офицер, сотрудник гестапо, непосредственно ответственный за уничтожение евреев. После войны долго скрывался от правосудия. Эйхманн был осужден за преступления против еврейского народа, против человечности, признан военным преступником и повешен в ночь с 31 мая на 1 июня 1962 г. в тюрьме города Рамле, Израиль.– *Прим. ред.*

Сходство *авторитарного* характера с характером *манипулятивного типа*, или *личностью, руководимой извне*, по терминологии Дэвида Рисмана (Riesman, 1950), очевидно. Речь идет о людях, не имеющих своего собственного мнения и постоянно адаптирующихся к внешним обстоятельствам. Возможно, некоторые читатели помнят фильм Вуди Аллена «Зелиг», который утрированно, но с юмором, показывает такой типаж. В этих людях нетрудно разглядеть тип «попутчика», который встречался не только во времена национал-социализма; его и сегодня не надо долго искать. Подобное поведение на протяжении всей своей жизни разоблачал Александр Мичерлих, вскрывая его причины и указывая, что подоплеку таких типов характера следует искать не только в семейных обстоятельствах (вынужденное приспособление, буквально «выбитое» физическими наказаниями), но и в политической сфере (воспитание верноподданничества). Тем скорее должны мы принять вызов и посмотреть правде в глаза, какой бы горькой она ни была, например, когда мы узнаем в себе отдельные черты малоприятных типов характера из числа представленных здесь. Этим мы будем способствовать критическому мышлению, избавлению от предрассудков и замене их на самостоятельные мысли; мы вскроем неприятные и вызывающие чувство неловкости стороны нашего характера и создадим условия для устранения иллюзий как в отношении нас самих, так и относительно других людей.

Следуя за Фрейдом, психоаналитики (начинавшие с исследования патологии) описывали структуру характера в соответствии со стадиями психосексуального развития и старались определить тип нормального (более или менее здорового) характера. Основополагающими здесь являются работы Фрейда «Характер и анальная эротика» (Freud, 1908b) и «Заметки об одном случае невроза навязчивых состояний» (Freud, 1909d), в которых он описывает признаки «анального характера». По Фрейду, речь идет о людях, для которых анальная стадия имеет особое значение; бросаются в глаза такие черты их характера, как бережливость, аккуратность и упрямство. Фрейд понимает эти непатологические черты характера как проявления процесса формирования реакции, т. е. модификации, возникшей в период анальной стадии защиты от анально-либидинозных и анально-садистских желаний по отношению к анальному объекту, содержимому кишечника. В этом Фрейд усматривает важные сублиматорные образования. Аналогичным образом последователи Фрейда описывали оральный, уретральный, фаллически-нарциссический и генитальный характер.

Свен-Олаф Хофманн (Hoffmann, 1979) выделяет во фрейдовской концепции характера генетическую модель влечений (в которой характер и симптомы рассматриваются как производное и замещающее образование и почти приравниваются друг другу) и модель типоло-

гии характеров, в которой с 1923 г. характер понимается как следствие идентификаций и интериоризованных объектных отношений.

Впервые эта модель была сформулирована в работе «Печаль и меланхолия» (Freud, 1916–1917g); в ней объясняется механизм идентификации. Идентификация рассматривается не только как психопатологический механизм, но и как структурообразующий элемент развития человеческой психики. С позиции теории влечений Фрейд считает идентификацию формой сублимации, которая связана не только со сменой цели влечения, но и, как показал Хофманн (Hoffmann, 1979), с качественным изменением энергии влечения. Это позволяет понять характер как нейтрализацию и сублимацию импульсов влечений; характер и инстанция Я (позднее Хартманн попытается уточнить: самость) считаются почти идентичными друг другу. В формирование характера включаются как идентификации с Я-идеалом и Сверх-Я, так и первично автономные функции Я. Затем последователи Фрейда начали рассматривать характер с генетической точки зрения как судьбу влечений, а также как следствие столкновения Я с влечениями, Сверх-Я и внешней реальностью. Современные последователи Фрейда еще большее значение уделяют разработке роли интернализации в формировании характера (интроекция, инкорпорация, идентификация). Однако продолжает развиваться и подход, называемый «психология Я», в котором характер понимается как ряд первично автономных (т. е. неконфликтных) функций Я. В рамках генетического подхода к развитию влечений различают, в зависимости от стадии развития, либидо-оральный, анальный, уретральный, фаллический и генитальный характеры, в то время как в конкурирующей с ней клинической типологии характера различают истерический, навязчивый, шизоидный, мазохистский, фобический и другие характеры (см. главу VII.3). Хофманн справедливо указывает на то, что последователи Фрейда при составлении типологии характеров часто смешивают феноменологически-описательный и генетически-динамический подходы (Hoffmann, 1979, S. 142).

Основная тема орального характера – «брать и получать» (там же, S. 155). В психоаналитическом смысле этот тип характеризуется выраженной оральностью, а согласно предложенному Абрахамом (Abraham, 1924) разделению оральной стадии на два периода, появляются орально удовлетворенный оптимист и орально фрустрированный пессимист. По Абрахаму, орально удовлетворенный оптимист глубоко убежден, что в жизни и в межличностных отношениях «все всегда превосходно». Часто непоколебимый оптимизм сочетается с определенной пассивностью и ожиданием, что всегда можно будет воспользоваться услугами заботливых окружающих. В противоположность этому у орально фрустрированного человека доминирует чувство постоянного ущемления его интересов и как следствие – огромные претензии

и требования к окружающему миру и к межличностным отношениям (Hoffmann, 1979, S. 155 и далее). Поэтому оральный характер был обозначен как «зависимый и требовательный». Последователи Абрахама, например Гловер (Glover, 1925), выделили орально-пассивные черты характера, в то время как Фенихель (Fenichel, 1945) и Ференци (Ferenczi, 1924) подробно исследовали особенности «оральных пессимистов». Фенихель (1945) первым установил нарциссические черты орального характера и указал на уязвимость чувства собственной значимости у людей с таким характером. Балинтовские типы окнофилов и филобатов (Balint, 1965) отражают нарциссические защитные образования орального характера. У уретрального характера, напротив, на первом плане идеалы высоких достижений и честолюбивые цели, а при фрустрациях крайне обострены чувства стыда и склонность к избеганию. Здесь эксгибиционистские и вуайеристские импульсы выражены ярче, чем у орального и анального характера.

Формулировка понятия «генитальный характер» восходит к первому поколению психоаналитиков. Оно постулирует, что пережитая ребенком сексуальная свобода в зрелом возрасте либо сохраняется или же, наоборот, подавляется. Вильгельм Райх называл таких людей, находящихся на распутье между сексуальной свободой и подавлением сексуальности, просто импульсивными и заторможенными характерами. Здесь детское поведение также либо непосредственно продолжается во взрослом возрасте, либо подавляется под воздействием внешних факторов.

Большое внимание исследователей вызвал фаллически-нарциссический характер, который всеми понимается как следствие проработки кастрационного комплекса. Абрахам (Abraham, 1924) различал (прежде всего, у женщин) два типа: тип реализации желаний и мстительный тип. Если первый пытается компенсировать бессознательно фантазируемую кастрацию высокими достижениями и подчеркнуто «мужскими», агрессивными формами поведения, то второй мстит тем, что бессознательно причиняет другим людям страдания, которые сам пережил в бессознательном. Бессознательная фантазия «кастрирующей, или фаллической женщины» такова: «Я хотя и несовершенна, но пусть и другие люди тоже будут такими же». Если тип реализации желаний отвергает женственность, то мстительный тип хотя и принимает ее, но использует для мести за пережитое оскорбление (Hoffmann, 1979, S. 170). В этой и в других концепциях характера бессознательная фантазия на тему отсутствия пениса у женщины играет одну из главных ролей. Причем Хофманн предполагает, что разными авторами обсуждался и обсуждается не столько этот клинический феномен как таковой, сколько вопрос о его генезе. Некоторые психоаналитики (Фрейд, Дойч и др.) считали, что «анатомия – это судьба» (Freud, 1924d, S. 400), что девочки переживают это как тяжелую нарциссическую обиду. Кри-

тики высказывали возражение, что восприятие анатомических половых различий может приводить к неврозу только при социальной дискриминации женщин по сравнению с мужчинами. В этом контексте в ощущении девочкой своей обделенности есть значительная доля правды. Райх (Reich, 1933) подробно занимался мужской версией фаллически-нарциссического характера и считал таких людей надменными, заносчивыми, внешне самоуверенными, но также иронично-агрессивными, холодными и отвергающими. Сексуальность людей с таким типом характера имеет ярко выраженный агрессивный оттенок.

5. Половая идентичность

5.1. Принципиальные положения (для обоих полов)

Если мы стремимся к всестороннему пониманию женского и мужского полового развития и его нарушений, то необходимо учитывать следующие аспекты половой идентичности:

1) биологический аспект, т. е. определенный соматический пол, мужской или женский, с соответствующими первичными и вторичными половыми признаками;
2) социальные стереотипы того, что считается мужским, а что – женским. Как известно, в разных группировках, социальных слоях и группах есть разные взгляды на этот вопрос. Сюда же добавляются изменения в понимании мужского и женского в ходе исторического процесса. Разница в понимании роли мужчины и женщины отражена в действующем законодательстве в области семейного и уголовного права, практике выплаты зарплаты и работы отделов кадров предприятий в сферах промышленности, торговли, экономики и госслужбы. В традиционном распределении социальных ролей женщине отводится роль домохозяйки и матери, тогда как для мужчины подчеркивается главенство его профессиональной деятельности. Психологи описывают различия между поведением мужчины и женщины, которые бывают весьма значительными, например, по агрессивности, по степени активности, по доминированию и импульсивности, страхам и уровню тревожности, протесту и послушанию и даже по пространственному восприятию. Что же касается мужской и женской сексуальности, то в современной литературе больше подчеркивается их различие, чем сходство (Becker, 2005; Dannecker, 2005);

3) ядерная половая идентичность связана с интуитивным знанием (ощущением) своей собственной сексуальности, на которую оказывают влияние вышеназванные биологические и социальные факторы, а также сознательное и бессознательное ощущение себя мужчиной или женщиной. Это ощущение сильно зависит от бессознательных фантазий будущих отца и матери в период беременности, а также от сознательного и бессознательного стиля обращения с новорожденным (Stoller, 1975). Так, рождение ребенка может подсознательно переживаться обоими родителями или одним из них как потеря автономии или как нарциссическая обида из-за того, что родился ребенок не того пола; они могут чувствовать себя неполноценными в психическом или социальном плане, виноватыми, достойными презрения и воспринимать мужской или женский пол как некое дополнение, компенсацию, компромиссное решение собственных нарциссических конфликтов. Или же родители проецируют на эмбрион, а затем и на младенца другие бессознательные фантазии, связанные с неразрешенными конфликтами с собственными родителями. Важно также, удастся ли отцу построить эмоциональные отношения с младенцем. Если удается, то уже в самом начале жизни у младенца появляется предшественник психического репрезентанта его сексуальности. Другие определяющие факторы – это поло-ролевая идентичность и сознательное или бессознательное приписывание половому партнеру и его полу определенных качеств, обусловленное отчасти социальными, отчасти семейными законами и индивидуальными установками, включающими опыт эдипальных и предэдипальных объектных отношений;
4) мужское или женское «психическое» самосознание: уважение к отцу способствует мужской идентичности, уважение к матери – женской. Если у дочери есть проблемы с женской идентичностью матери (бессознательные конфликты, такие как соперничество, зависть, презрение, чувство неполноценности), то это с большой долей вероятности выразится в нарушении ее половой идентичности.

Нам никак не избежать идентификации с наиболее значимыми лицами в период нашего развития. При этом принципиально важно, что первым объектом отношений в любых обществах является мать, причем для представителей обоих полов.

Это имеет огромное значение для формирования половой идентичности женщины или мужчины: в самом начале своего развития дочь идентифицируется в лице матери со своим полом, а сын – с противоположным. Для мальчика это означает опасность феминизации, кото-

рой нужно противопоставить особые меры предосторожности: отход от матери и сближение с отцом или специфическую разыдентификацию, т. е. отказ от идентификации с матерью.

Для дочери в отношениях с матерью, которая одного с ней пола, есть опасность недостаточного установления границ. Во избежание этого дочери нужно прилагать особые усилия в виде постоянной работы по установлению границ (отделению).

Таким образом, в исходной биологической ситуации и для дочери, и для сына в отношениях с матерью есть свои преимущества и свои недостатки. У дочери есть шанс приобретения стабильной ядерной женской половой идентичности, потому что ей, от рождения относящейся к женскому полу, легче идентифицироваться с женщиной. Для нее опасность заключается в слишком сильной привязанности и в недостаточном отделении при неопределенных границах личности, что может затруднять развитие автономии и независимости.

Сын же в начале жизни вынужден идентифицироваться с человеком другого пола. Для него существует опасность феминизации при слишком большой идентификации с матерью. Но этот недостаток связан с преимуществом, которое не следует недооценивать, – с возможностью обособиться от другого пола, что способствует развитию самостоятельности.

Рано или поздно в поле зрения подрастающего ребенка попадает мужчина, как правило, отец. А при его отсутствии это может быть дядя, дедушка или другой родственник, который возьмет на себя роль отца. Условие для идентификации с фигурой отца – это хорошие отношения с ним. Идентификации, сформировавшиеся из позитивных отношений, становятся постоянными частями растущей личности, обогащают ее и способствуют формированию идентичности вообще, но прежде всего половой идентичности. В рассматриваемом нами контексте это означает для мальчика, что отец с подчеркнуто мужскими качествами будет способствовать развитию его мужской половой идентичности, а слабый, женоподобный отец, напротив, будет осложнять этот процесс. Для девочки слишком сильная идентификация с отцом таит в себе опасность маскулинизации, но при этом в общении с отцом, представителем противоположного пола, у нее есть шанс лучше понять половые различия и разграничить мужские и женские качества.

Наряду с идентификацией с мужскими и женскими признаками значимых лиц огромную роль для самосознания как женщины, так и мужчины играют актуальные взаимоотношения с этими людьми, и их нельзя недооценивать. Восхищение отца подрастающей дочерью как женщиной имеет такое же важное значение, как и одобрение матерью своего возмужавшего сына. Если детям разрешать играть только в традиционные игры (для дочери – игры с куклами, для сына – с ма-

шинками), то не стоит удивляться сохранению в обществе классических ролевых стереотипов.

Бессознательные фантазии о том, что считается мужским, а что женским, продолжают воздействовать на самосознание, формируя определенную половую идентичность. В этом смысле мальчику проще, потому что он легко может ощущать свой половой орган, который виден снаружи, прикасаться к нему и тем самым понимать («охватывать») его в своем представлении.

Кроме того, новейшие исследования показали, что уже бессознательные фантазии родителей в период беременности, а затем и то, как они обращаются с новорожденным, влияет на формирование ядерной половой идентичности человека (т. е. на то, к какому полу он или она причисляют себя), которая, как уже отмечалось, связана с данным в ощущениях знанием о своей телесности. Итак, в самом начале жизни у человека возникает предшественник психического репрезентанта его половой идентичности. Другой фактор, влияющий на ее формирование, – это идентичность половой роли, включающая сознательные и бессознательные, отчасти социальные, отчасти семейные и индивидуальные представления о признаках принадлежности к мужскому или женскому полу. Последний фактор – это ориентация на полового партнера, аспект, зависящий от опыта эдипальных и предэдипальных отношений с объектами. Все эти три фактора, вместе взятые, оказывают решающее влияние на формирование половой идентичности.

В этом отношении девочке труднее ориентироваться в первичных половых признаках, которые у нее не видны, как член мальчика. Как известно, Фрейд построил на этом свою теорию зависти к пенису. Но если девочке объяснят, что внутри ее тела есть сформированные половые органы, то зависти к пенису не будет, так как девочка вполне сможет гордиться хотя и невидимыми, но существующими внутри, хорошо дифференцированными женскими половыми органами. Как постоянно показывает психоанализ пациенток, у женщин во многих случаях нет приятных фантазий об их половых органах. Иногда они представляют пустое пространство или полость, в которой собираются моча, кал и кровь, полость, откуда появляются дети. Но, втянувшись в психоаналитический процесс, женщины постепенно начинают видеть все более приятные картины. Одна пациентка видела во сне пещеру, в которой были выставлены картины. Ей снился также цветок лотоса, с которым она ассоциировала женские гениталии. Она также видела во сне шкатулку с драгоценностями, которую нужно найти и в которой было спрятано много неизведанных сокровищ. Таким образом, результатом расстройств половой идентичности чаще всего бывают нарушения идентификации в переходном возрасте: чрезмерная идентификация мальчика с матерью может привести к феминизации, а дочери с отцом – к маскулинизации.

К этому прибавляется отрицательное воздействие оборонительно-защитной идентификации (необходимой, например, для защиты от невыносимого страха) на психическое развитие ребенка, на закладку фундамента половой идентичности. Яркий пример тому – страх перед кастрацией у мальчика, который боится наказания от папы, потому что он, как Эдип, хочет спать с мамой, но, чтобы избежать наказания, с самого начала отказывается от своей мужественности и предпочитает вести себя пассивно. Такая защитная идентификация приводит к сознательному или бессознательному отказу от собственной половой идентичности.

Женский вариант проявления оборонительно-защитной идентификации может состоять в том, что она из страха перед ролью женщины предпочитает развитие по мужскому типу. При этом причины страха могут быть разными, например, потому, что «стать женщиной» означает «забеременеть и рожать детей» или «перенять от матери все отрицательное, пример чему она подала своей жизнью», а именно: «подчиненность мужчине» или «принуждение ее к половому акту».

Конечно, отсутствие взрослого одинакового с ребенком пола, как это бывает в неполной семье или в семье с часто отсутствующим отцом, неблагоприятно сказывается на развитии здоровой половой идентичности. У растущего в такой семье ребенка мужского пола могут возникнуть большие трудности со становлением его как мужчины. Однако пример с пациентом, отец которого погиб на войне, когда ребенку не было еще и года (т. е. мальчик вырос без отца), показывает, что ему вполне удалось компенсировать отсутствие конкретного опыта общения с отцом фантазиями об отце, основанными на рассказах других людей. Но это, похоже, исключение. Опыт показывает, что отсутствие отцовского примера обязательно приводит к дефициту в развитии, особенно для половой идентичности детей мужского пола. Неблагоприятно сказывается также слишком крепкая привязанность к матери, что наблюдается, прежде всего, при дефицитах и травмах (см. главу VI.3); привязанность ребенка к матери сохраняется чаще всего в тех случаях, когда мать по каким-либо причинам удерживает своего ребенка при себе или когда третий человек в этом союзе (как правило, отец) ничего не предпринимает против слишком тесной связи матери и ребенка.

Еще одна причина неустойчивой половой идентичности – это нарушенные отношения с родителями. Неприятно идентифицироваться с родительской фигурой, с которой нарушены отношения.

Последнее по счету, но не по значимости влияние на половую идентичность (т. е. на сознание, что у женщины есть женские гениталии, а у мужчины – мужские) оказывает отношение к мужскому и женскому полу у ближайшего окружения. Мать, у которой гениталии дочери вызывают неловкость, вряд ли сможет помочь ей чувствовать себя

уверенной в роли женщины. Точно так же поведение матери, пугающейся первой эрекции у своего сына, неблагоприятно сказывается на его зарождающемся мужском самосознании. Правда, расстройства, вызванные поведением одного из родителей, во многом могут быть скомпенсированы хорошими отношениями с другим родителем. Дочь, испытывающая трудности идентификации с неуверенной в себе матерью, все-таки может сформировать здоровую женскую половую идентичность, если будет чувствовать, что отец ценит в ней женское начало. Аналогичным образом мальчик, из опыта общения с матерью сделавший вывод, что она его с его гениталиями совсем не любит, все-таки может развить более или менее стабильную мужскую идентичность благодаря отцу, который ценит его именно как мальчика и с которым есть смысл идентифицироваться. Вполне возможно, что фрустрирующий опыт в сексуальной сфере может представлять постоянную угрозу половой идентичности. Агрессивность, следующая за фрустрацией, нарушает представления, связанные с противоположным полом, и легко приводит к искажению восприятия. Приносящий разочарования опыт отношений с матерью вызывает реакцию ярости, но поскольку ребенок одновременно и любит мать, и боится ее, эта ярость не направляется на мать, а смещается на отца, а затем часто может переноситься вообще на всех мужчин. На этой основе формируется уже упоминавшийся мстительный тип (Abraham, 1924): например, женщины, мстящие мужчинам за пережитые разочарования, вначале дают им надежду на сближение, чтобы потом «пробросить». В женском движении этот образ «врага-мужчины» долгое время был определяющим, что вряд ли способствует созданию удовлетворительных отношений между женщиной и мужчиной. Если подавленная ярость обращается внутрь, на самого себя, это грозит не меньшими проблемами. Ненависть к матери трансформируется в ненависть к самой себе, презрение к себе в сочетании с пренебрежением и неуважением к своему (женскому) полу. А если к этому добавляется еще и вытеснение генитальных желаний, то становятся понятными крайние формы мазохизма с получением наслаждения, когда тебя мучают, – извращенного наслаждения, которое может дать и дополнительное удовольствие, во всяком случае, за счет того, что более слабая позиция позволяет хитростью добиться еще и скрытой власти.

5.2. Женская половая идентичность

Как правило, психические расстройства протекают у мужчины и женщины по-разному, у каждого пола со своими особенностями. Истерия обычно считается женской болезнью. Если рассматривать психосома-

тические заболевания, то большое количество случаев рака у женщин связано с особенностями женского организма (рак груди, рак шейки матки). По-видимому, и сегодня мужская роль по-прежнему оценивается обществом более высоко. Если более высокая ценность закрепляется еще и за мужскими гениталиями, то не стоит удивляться, что выросшая в такой среде девочка начинает испытывать зависть к мужскому полу. По сравнению с братом или отцом, которые гордятся своим мужским атрибутом и «могут мочиться высокой дугой», девочка кажется самой себе убогой и незначительной. По Фрейду, это широко распространенный источник женского чувства неполноценности.

Хотя девочка и обнаруживает, что у нее нет пениса, это «небольшое» отличие, по мнению Элис Шварцер (Schwarzer, 1975), не приобрело бы такого «большого» значения, если бы мать больше ценила свою женскую идентичность. Если, кроме того, и у отца сложилось такое же невысокое мнение о женском поле, то эта негативная оценка женщины, которую чувствуют и мать, и дочь, еще больше усиливается.

В этой связи, конечно, нельзя недооценивать тот факт, что женские гениталии не так видны, как мужские, особенно в эригированном состоянии. Анализ женщин и девочек единодушно показывает, что девочкам сложнее, так как они не могут наблюдать свои гениталии. Естественно, крайне затруднено восприятие скрытого внутри тела влагалища и примыкающих к нему маточных труб и яичников. Картина внутреннего богатства женских гениталий может быть получена только путем собственных исследований – пальцем или, как в женских группах, с помощью (медицинского) зеркала. Иногда, как это было в случае одной пациентки, выяснить это может помочь чуткая женщина-гинеколог. Она на фотографиях покажет удивленной женщине, какими волнующими могут быть картины, когда внутренние органы женщины во время оргазма сильно наполняются кровью, или когда происходит овуляция, или когда воронки маточных труб принимают в себя яйцо, или когда матка, достигнув наивысшей точки, начинает сокращаться. Тогда женщина уже не чувствует себя в генитальной области пустой и неструктурированной, а создает образ своего тела, в котором гениталиям отводится должное место и где они представлены дифференцированно. Этим создаются хорошие условия не только для переживания женской сексуальности, но также и для беременности, рождения доношенного ребенка и его воспитания.

Если женской сексуальности будет дана такая новая оценка, мы сможем забыть о прежней фаллической ориентации психоанализа. Фрейдовские тезисы о зависти к пенису и о женской неполноценности уже давно исправлены антитезисами множества авторов-феминисток.

Тем не менее в психоанализе женщин по-прежнему часто можно клинически обнаружить зависть к пенису, которая проявляется в форме

разнообразных сознательных и бессознательных фантазий. Часто речь идет о сложном чувстве, состоящем из многочисленных сознательных и бессознательных стремлений, которые связаны с концентрированным симптоматическим выражением ряда специфических женских страхов телесных повреждений. Это страх, что внутренности могут вытечь, страх перед нанесением увечий женскому телу вторгающимися в него объектами, тревога за состояние внутренних органов женского тела, зависть к пенису как проективная проработка зависти к груди матери, зависть к отцу за его мужские отличия и к способностям родителей производить потомство.

Мы еще не упоминали об особом значении смены объекта в развитии здоровой женской сексуальности. По-прежнему сохраняет актуальность мысль Зигмунда Фрейда, сформулированная им в статьях о женской сексуальности: рано или поздно женщина должна сменить свой первый значимый объект (мать), переходя к взаимоотношениям с отцом как вторым объектом. В патологических случаях, после травм или в случае дефицитов, первичная привязанность к матери сохраняется в неизменном виде. Это можно назвать задержкой в развитии. Она усугубляется негативным опытом взаимоотношений с отцом. А смене объекта с матери на отца, наоборот, «способствует» опыт плохих отношений с матерью и хороших – с отцом.

Женская ядерная половая идентичность, наряду с влиянием соматических факторов, основана на первичной идентификации с объектом женского пола. Такие идентификации входят в возникающий образ тела и при благоприятных обстоятельствах приводят к стабильной женской половой идентичности. Намного раньше, чем считал Фрейд, маленькая девочка замечает свою генитальную область, переживая в своем развитии связанные с ней приятные тактильные (связанные с хватательными движениями) и кинестетические ощущения (Parens et al., 1976). Либидинозный заряд энергии женственности у матери поддерживает этот процесс. Затем на первый план постепенно выходят страхи телесных повреждений у девушки и женщины, что представляет угрозу для развития телесной самости. Конфликты, проявляющиеся в рамках процессов сепарации и индивидуации, у маленькой девочки приводят также к нарциссической неуверенности и тревоге, создавая у нее предрасположенность к множественным обидам. Именно на стадии повторного сближения интенсивно накапливаются конфликты между нежной привязанностью и нарастающей автономией в отношениях с матерью.

Открытие факта существования анатомических половых различий приходится примерно на вторую половину второго года жизни, а вывод о том, что первичный материнский объект того же пола, что и сама девочка, оказывает стабилизирующее влияние на развитие женской половой идентичности. Появляющиеся страхи перед кастрацией связаны

со страхом телесных повреждений. В случае либидинозно нагруженных отношений с обоими родителями эти страхи могут быть преодолены и интегрированы. При расстройствах и неинтегрированных конфликтах, появившихся в период кризиса повторного сближения, могут уже довольно рано проявляться невротические расстройства депрессивного свойства. Чувство зависти, возникающее на этой стадии, зачастую отражает бессознательные конфликты с матерью, так как девочка с все большим разочарованием видит невозможность реализации своих инфантильных фантазий о всемогуществе. На этом этапе перед девочкой стоит также задача воспринять, ощутить и проработать свою разобщенность с матерью и свое психическое отличие от нее, которые она уже больше не может не признавать, а также заметить и проработать иные, имеющие сексуальный характер, отношения матери с отцом. Аналогично зависти к пенису, женские страхи кастрации часто оказываются концентрированным выражением целого ряда различных страхов, берущих свое начало в конфликтах амбивалентности, возникающих в отношениях с матерью на оральной и анальной стадии; источником этих страхов бывают фрустрации и нарциссические обиды в периоды отнятия от груди, приучения к чистоте, а также кризиса повторного сближения.

Исследования однозначно показывают, что маленькая девочка еще задолго до фаллической стадии интересуется своим клитором и своей вагиной и производит мастурбаторные действия. Было также доказано, что маленькие девочки формируют интенсивное гомосексуальное идеализирующее отношение к телу матери, одновременно вовлекаясь в интенсивные конфликты с идеализированным материнским объектом, связанные с чувствами неполноценности, стыда, зависти и вины. При этом в развитии мальчиков (см. главу V.3) важную роль играют предэдипальный отец и предэдипальная триангуляция. Очевидно, что отец имеет разное значение для девочки и для мальчика (Tyson & Tyson, 1990, S. 116 и далее). Хотя некоторые психоаналитические данные расходятся в оценке роли предэдипального отца, многие авторы едины во мнении, что отец в качестве третьего объекта с начала жизни, а особенно с ранней анальной стадии и периода повторного сближения, предлагает ребенку отношения, отличающиеся от первичных отношений с матерью; позднее ребенок замечает, что сексуальные отношения отца с женщиной (матерью ребенка) отличаются от его (ребенка) отношений с матерью. Множественные идентификации с этими различными формами отношений позволяют ребенку сформировать сначала предэдипальную, а затем и эдипальную триангуляцию как внутреннюю структуру.

Да и для маленькой девочки во время ее развития отец имеет решающее значение в качестве третьего объекта, позволяющего возникнуть триангуляции, особенно в период кризиса повторного сближения

и эдипова комплекса. Форсированная идеализация отца, выраженная зависть к пенису и сильнейшие страхи кастрации указывают на невротическое развитие из-за нарушенных взаимоотношений матери и дочери. На фаллически-нарциссической стадии развития на первый план четко выступают эксгибиционистские манеры, удовольствие от моторики, а либидинозные отношения между родителями, а также между родителями и дочерью, облегчают маленькой девочке разрешение нарциссических конфликтов на этой стадии. Выраженные идентификационные процессы с идеализированным материнским образцом для подражания играют на этой стадии большую роль. Перед девочкой стоит задача интеграции чувства зависти, получающего подпитку из многих источников, и своего неустойчивого женского нарциссизма. При этом признаки женской полоролевой идентичности проявляются у нее уже довольно рано в форме желания иметь детей как у идеализируемой ею матери. Хотя в этом желании и отражаются защитно-оборонительные мотивы разрешения оральных и анальных фрустраций, а также конфликтов амбивалентности с матерью, в нем, тем не менее, часто обнаруживается один из аспектов удавшейся стабильной женской полоролевой идентичности, о чем единодушно свидетельствуют проведенные исследования (Tyson & Tyson, 1990).

В отличие от представлений Фрейда, современная психоаналитическая теория развития считает, что стабильность женской полоролевой идентичности – это не следствие, а условие для вступления в эдипальную фазу. На этой стадии девочка имеет дело с негативными и позитивными эдипальными конфликтами, которые, со своей стороны, могут вступать в конфликт друг с другом и по сути представляют собой глубокие конфликты амбивалентности. При этом предэдипальная сильная привязанность девочки к матери предрасполагает к конфликтам, связанным с виной и стыдом, отделением и соперничеством за отца. Одновременно для удачного эдипального сближения с отцом девочке нужно добиться позитивной либидинозной и нарциссической идентификации с матерью. К тому же девочке предстоит важный шаг в развитии – смена объекта на эдипальной стадии. Здесь напрашивается идентификация с триангулярным паттерном отношений для преодоления предэдипальных отношений с матерью и одновременного их сохранения, но уже на другом, психически более высоком уровне и в измененной форме, что представляет собой новый шаг в развитии. Процесс формирования женской половой идентичности, отличающийся от развития мужской половой идентичности, находит свое отражение и в разной структуре генеза Сверх-Я. Предположение Фрейда о незрелости Сверх-Я у женщин подвергалось резкой критике со стороны его учеников еще на раннем этапе развития психоанализа (Klein, 1967; Jacobson, 1964; Chasseguet-Smirgel, 1964).

Современные исследования в значительной степени сходятся в том, что у девочки развитие Сверх-Я начинается уже в раннем возрасте и представляет собой попытку проработать утрату и опыт разлук (с матерью), характерные прежде всего для анальной стадии. По современным психоаналитическим представлениям именно бессознательные страхи повреждения женского тела (в том числе возникшие проективно из-за агрессивных оральных и хищных анальных импульсов, направленных на первичный материнский объект, т. е. в результате конфликтов, типичных для определенной позиции или стадии, и из-за неинтегрируемых травматических переживаний), а также нарциссическая неустойчивость в женском развитии становятся мощными побуждающими силами для формирования структур Сверх-Я. М. Кляйн, Э. Якобсон, а позднее и французские женщины-психоаналитики, например Ж. Шассеге-Смиржель и Макдугалл, отстаивали тезис о том, что воспринимаемое маленькой девочкой отсутствие у нее пениса представляет собой тяжелую нарциссическую обиду и означает сгущение сложных конфликтных фантазий об отношениях с матерью (спроецированные орально-садистские импульсы против матери, страх потерять объект и потерять любовь, страхи, связанные с необходимостью смены объекта, а также страх перед кастрацией). При этом также выяснилось, что форсированные обесценивающие конфликты между матерью и дочерью часто служат для защиты от интенсивно переживаемых неудавшихся страстных гомосексуальных желаний, обращенных к матери, особенно на анальной стадии.

5.3. Мужская половая идентичность

Развитие мужской ядерной половой идентичности начинается в пренатальный период с фантазий родителей о будущем ребенке, с момента же начала родов об этом можно говорить уже с уверенностью. Существуют специфические различия в эмоциональном общении с мальчиками и девочками. Примерно со второй половины первого года жизни, когда еще отсутствует стабильный образ тела, младенец мужского пола начинает обнаруживать свой пенис, приобретает первый хватательный, визуальный и кинестетический опыт обращения со своими гениталиями. Этот опыт интегрируется в возникающие репрезентанты самости. Затем, особенно на уретральной стадии, мальчик начинает замечать половые различия с матерью. Именно здесь отмечаются первые манифестации страхов перед кастрацией, тем более что с кризисом повторного сближения агрессивные конфликты и конфликты амбивалентности по отношению к материнскому первичному объекту лишь усиливаются. Находящийся на этой анальной стадии маленький ребенок считает возможным потерю частей своего тела (при мочеиспускании, дефека-

ции), а результат наблюдения лиц другого пола часто интерпретирует как потерю пениса («уже кастрированы в наказание»). На этой стадии эмоциональное присутствие отца, в том числе и для регуляции интенсивных конфликтов амбивалентности на стадии повторного сближения, играет решающую роль. Так как ядерная половая идентичность маленького ребенка мужского пола более лабильна из-за того, что первичный объект имеет другой пол, и в силу этого он больше предрасположен к обидам, неуверенности и страхам самого разного рода, ему приходится идентифицироваться со своим полом, с отцом.

На следующей, фаллически-нарциссической стадии происходит идеализация пениса и вообще мужественности, часто в виде агрессивного поведения, что позволяет мальчику защититься от глубоко спрятанных страхов перед кастрацией и нарциссических обид, например от бессознательной догадки, что ему не удастся стать равноценным партнером для матери (Chasseguet-Smirgel, 1964). К этому прибавляется интенсивная зависть к способности женщины и девочки к деторождению, а также нарастающая конфронтация с реальностью, в том числе и с родительскими запретами, что лишь усиливает страхи кастрации. Все это в значительной степени ставит под сомнение возникшие на анальной стадии магические фантазии о своем собственном всемогуществе. На этой стадии возможность эмоционального общения с отцом как примером для идентификации имеет огромное значение. Фаллически-нарциссические фантазии о превосходстве над матерью в связи с принадлежностью к другому полу могут частично компенсировать чувства беспомощности и бессилия по отношению к материнскому первичному объекту, зачатки которых можно проследить еще на оральной и анальной стадиях (там же).

Еще один важный этап в развитии – это необходимость разыдентификации с матерью, связанная с разрешением конфликта амбивалентности в отношениях с отцом (Greenson, 1968). Правда, на наш взгляд, из этой спорного представления никоим образом не следует, что маленький ребенок мужского пола обязательно должен занять обесценивающую мать и женственность подчеркнуто агрессивную, псевдофаллическую и псевдоавтономную аффективно-когнитивную позицию, чтобы осуществить ставшую теперь необходимой смену идентификации и таким образом разрешить эдипальные конфликты. Если это так, то речь чаще всего идет уже о невротическом отклоняющемся развитии. По нашему мнению, под понятием разыдентификации (вообще это неточный термин, ведь речь здесь идет скорее о разветвлениях идентификации и последующем переходе к другим идентификациям) подразумевается следующее: представление мальчика о себе из-за первичных идентификаций с объектом другого пола отличается повышенной лабильностью. Хотя эти идентификации и помогают маленькому

ребенку мужского пола компенсировать страхи утраты объекта и разлуку, но при этом мальчик сталкивается с необходимостью эмоционального и когнитивного, порою бессознательного принятия отличий и особенностей своего пола и пола матери. Именно эта психическая и анатомическая реальность делает нарциссизм мальчика неустойчивым, тем более что в таких обстоятельствах решение «развернуться» в сторону отца готовит для мальчика новые драматические эдипальные конфликты амбивалентности.

Однако особая половая принадлежность предоставляет мальчику возможность отделения и собственного автономного развития. Чтобы успешно пройти его, мальчику обязательно нужны либидинозно нагруженные, стабильные идентификации с первичным материнским объектом. Поэтому, с нашей точки зрения, разыдентификация означает психическое признание различий своего пола и пола матери, а также признание различий между поколениями с сохранением позитивного, преисполненного любви отношения и идентификации с матерью. И в этот трудный для мальчика период ему может помочь отец как образец для идентификации, как человек того же пола, что и мальчик, человек, живущий в преисполненных любви отношениях с матерью мальчика, своей женой. В этом смысле качество отношений между родителями также становится решающим фактором для разрешения этих множественных конфликтов амбивалентности маленького ребенка мужского пола. Он достигает мужской половой и полоролевой идентичности путем идентификации с отцом. А в случае, если мальчик растет без отца, это может произойти также с помощью идентификации с сознательным и бессознательным образом мужчины, который носит в себе мать. Правда, в отличие от девочки, мальчику не нужно менять объект. Это делает его соперником отца в отношениях с матерью. Здесь мальчик сталкивается с интенсивными конфликтами амбивалентности эдипова комплекса. Интенсивные кастрационные страхи, а также нарциссические угрозы, могут приводить к частой смене положительного и отрицательного эдипова комплекса, и у мальчика может возникнуть также конфликт между этими двумя эмоциональными установками и паттернами отношений. Проявление во всей полноте обеих версий эдипова комплекса может сорваться не только из-за реальных обстоятельств, но и из-за невозможности их интрапсихического осуществления.

5.4. Гомосексуальность

В основе женской гомосексуальности во многом лежит латентная привязанность к матери. Либо более молодая женщина присоединяется к более старшей, которая тогда репрезентирует собой мать, либо, на-

оборот, более старшая женщина любит более молодую, воспроизводя этим отношения межу матерью и ребенком. Лесбийские отношения могут быть выражением невротического страха перед мужчиной. Но чаще всего они имеют нарциссическую структуру (как было впервые выявлено Фрейдом в работе о Леонардо), когда аспекты самости и внутренних объектов экстернализуются в партнершу-лесбиянку. Кроме того, представляется, что преимущества женской сексуальности состоят в особой форме нежности, которую редко встретишь во взаимоотношениях между женщиной и мужчиной.

О мужской гомосексуальности известно больше. Ее, как и женскую гомосексуальность, понимают как вариант сексуального поведения, который может быть таким же нормальным или патологическим, как и гетеросексуальные связи. Причем нормальными считаются те гомосексуальные отношения, которые возникли в результате свободно принятого решения и на которые мужчины, вступающие в них, идут осознанно. Тогда в рамках психоаналитической теории личности можно говорить об эффективном расширении личных переживаний, т. е. об однополых отношениях, которые не обязательно ограничиваются исключительно объятиями и поцелуями, как в случае дружбы между мужчинами, а подразумевают и сексуальные контакты. Однако отношения между мужчинами, похоже, характеризуются сниженной сексуальностью, которая может выражаться в жесткой борьбе, грубых или насильственных сексуальных актах и взаимных нападках, о чем ярко свидетельствует последний фильм Райнера Вернера Фасбиндера[1] «Керель» (Querelle). Поэтому психоаналитики не так уж неправы, описывая патологические проявления мужской гомосексуальности, о которых часто сообщают клиенты во время психоаналитического лечения. Но наверняка неправильно было бы обобщать и переносить на всю мужскую гомосексуальность подобные данные, полученные от отдельных лиц. Соответственно, патологическими оказываются и психоаналитические толкования мужской гомосексуальности. Самое мягкое толкование – это интерпретация ее как невроза, в котором неразрешенные эдипальные конфликты приводят к непреодолимым страхам перед женским полом. Женский пол обходят как предмет, избегаемый при фобии. Таким образом, при указанной бессознательной динамике гомосексуальности присутствуют бессознательные страхи и неосознаваемые защитные процессы, сравнимые с теми, которые характерны для фобии (регрессии, смещения) (см. главу VII.2.3). Более весомой представляется интерпретация, согласно которой гомосексуальность у мужчины следует выводить из предэдипальных конфликтов, возникших очень рано. То-

[1] Rainer W. Fassbinder (1945–1982) – немецкий кинорежиссер, сценарист, актер, драматург; один из лидеров «нового немецкого кино».

гда выясняется, что гомосексуалист невротически прорабатывает нарушенные отношения мать–дитя таким образом, что бессознательно идентифицируется с матерью. Такая интерпретация напрашивается, если мужчина-гомосексуалист действительно чувствует себя как женщина. При этом ему не нужно выглядеть как женщина – «неженка», как говорят в кругах гомосексуалистов. Таким образом, женоподобная форма мужской гомосексуальности сродни трансвестизму (когда мужчина одевается как женщина) или транссексуализму (когда мужчина хочет *быть* женщиной).

Если в чувствах и поведении гомосексуальных мужчин обнаруживаются материнские элементы, то подобное психоаналитическое толкование, видимо, имеет право на существование. И напротив, сексуальные отношения между мужчинами, лишенные какого бы то ни было женского или даже материнского компонента, говорят скорее в пользу первой из вышеприведенных интерпретаций, а именно что мужчина ищет сексуального контакта с мужчинами, потому что контакта с женщинами он избегает из-за бессознательных страхов перед ними.

Иногда определенную роль играет также вызванная условиями развития или соображениями защиты идентификация с отцовской фигурой, при которой младшего по возрасту мужчину любят так, как он хотел бы, чтобы его любил отец. Еще Зигмунд Фрейд в одной из своих работ (1911b) на примере случая председателя судебной коллегии Шребера наглядно показал существование скрытого нарциссического желания по отношению к другу-гомосексуалисту.

Часто гомосексуальное поведение можно понять как следствие недостаточных отношений с отцом или их отсутствие. Гомосексуальный партнер (чаще всего более старший по возрасту мужчина) призван удовлетворить существовавшее еще с детства, но так и не реализованное желание в благожелательном внимании старшего мужчины. Такую точку зрения отстаивает Элизабет Р. Моберли (Moberly, 1983). В этом смысле гомосексуальные отношения представляют собой попытку наверстать упущенное в отношениях с отцом или исцелить пережитые в отношениях с ним трудно заживающие раны в бессознательной попытке самовосстановления. Именно так Фриц Моргенталер (Morgenthaler, 1984) понимает определенный вид гомосексуальности, при котором в психической структуре существуют такие дефициты, что они, словно дырка в зубе, требуют поставить пломбу, которую репрезентирует гомосексуальный партнер. С этой точки зрения, некоторые гомосексуалисты кажутся людьми, которым в детстве не уделялось элементарного доброжелательного внимания и которые теперь в гомосексуальных отношениях пытаются компенсировать накопившийся дефицит.

Тем не менее целый ряд динамических, структурных и этиологических вопросов относительно женской и мужской гомосексуаль-

ности ждут еще своего объяснения. Это связано, в частности, с тем, что в психоанализе вряд ли найдется еще хотя бы одна такая область исследований, как сексуальность, на которую представления о социальных ценностях оказывали бы столь же сильное влияние. К тому же в связи с ростом познаний в биологических науках соматические факторы приобретают все большее значение, например при учете генетических влияний на формирование ядерной половой идентичности. Отдельные психоаналитические школы значительно отличаются друг от друга в оценке этих влияний, хотя и существует консенсунс относительно того, что интрапсихические и интерперсональные процессы оказывают значительное влияние на формирование половой идентичности. По Фрейду (1905d), существует психическая бисексуальность, восходящая к множественным идентификациям во время отрицательной и положительной эдипальных стадий. Опираясь на эту концепцию, Тайсоны (Tyson & Tyson, 1990) постулируют, что на фоне генетической предрасположенности женская и мужская половая идентичность возникает за счет бессознательных идентификаций с первичной (женской или, соответственно, мужской) принадлежностью к своему полу. Лапланш (Laplanche, 1987) также развивает взгляды Фрейда и видит корни ядерной половой идентичности по большей части в бессознательной эротизации, характерной для пола младенца, в рамках отношений матери и маленького ребенка. Он, как и ряд других французских психоаналитиков, критикует явное пренебрежение к предэдипальным и эдипальным конфликтам, да и вообще к сексуальности в современных моделях, опирающихся на теорию объектных отношений. Подвергая критике современные подходы, Лапланш (Laplanche, 1988) разработал «универсальную теорию совращения» – намек на фрейдовскую этиологическую концепцию истерии. Согласно этой теории, мать своим собственным бессознательным сексуальным желанием ускоряет развитие влечений у младенца мужского или женского пола, исходящих от эрогенных зон, что воспринимается младенцем как «загадочное послание». Оно оказывает структурирующее воздействие на развитие сексуальности и половой идентичности младенцев мужского и женского пола, поскольку у младенца таким образом «вдобавок» вызываются и приводятся в движение бессознательные сексуальные фантазии. По Лапланшу, младенец формирует двойную идентификацию: младенцы (или маленькие дети) женского и мужского пола идентифицируются как с бессознательными первичными эротизациями, вызываемыми матерью, так и с тем фактом, что мать снова уходит от младенца и маленького ребенка и общается с мужем, что является основой архаической эдипальной структуры.

Если предположить, что еще во время предэдипального развития происходят идентификации с представителями своего и противопо-

ложного пола, фрейдовскую концепцию психической бисексуальности в свете современных подходов можно понять так: бисексуальность составляет основу последующего формирования ядерной половой идентичности. Многие авторы предполагают, что ядерная половая идентичность маленького ребенка мужского пола из-за первичной идентификации с матерью (как представительницей противоположного пола) подвержена нарушениям больше, чем ядерная половая идентичность маленькой девочки (Stoller, 1975; Kernberg, 1992; De Masi, 2003). Правда, реконструкции, созданные в ходе психоанализа пациентов, позволяют высказать предположение, что часто матери по-разному обращаются с детьми мужского и женского пола, по-разному эмпатически сопереживают потребности, страхи и конфликты своих дочерей и сыновей, по-разному поддерживают их при проработке проблем. В этом отношении матери с самого начала могут помочь маленькому ребенку мужского пола в развитии стабильной мужской ядерной половой идентичности. Некоторые современные авторы (Morgenthaler, 1984; Isay, 1989) рассматривают биологически детерминированную гомосексуальность как возможность «нормального», здорового развития маленького мальчика. Но большинство авторов-психоаналитиков, напротив, придерживается мнения (на основании данных нейробиологии и психологии развития), что интеграция нарциссически структурированных (отрицающих отделенность и инакость объекта) отношений и разрешение эдипова комплекса может удаться только с помощью бессознательной идентификации с родителем одного с ребенком пола. Они отрицают «нормальность» гомосексуального развития мужчины, т. е. не считают его психически здоровым, рассматривая гомосексуальность как защитную организацию не только от эдипальных, но и, прежде всего, от анально-нарциссических конфликтов (Chasseguet-Smirgel, 1984). С другой стороны, в психоанализе существует консенсус относительно того, что для нарушенной половой идентичности в большинстве случаев можно установить причинно-следственные связи с травматическим опытом, пережитым в раннем детстве. В то же время очень большой процент мальчиков с нарушением половой идентичности в ходе дальнейшей жизни формирует гомосексуальную идентичность; правда, у большинства мужчин-гомосексуалистов, обращающихся за психотерапевтической помощью, не обнаруживается нарушенной половой идентичности (Coates, 1992; Friedmann, 1994).

Ввиду таких противоречивых данных и теоретических разногласий Кернберг предложил сохранить гипотезу о существовании нормального гомосексуального развития и проверить ее достоверность в ходе дальнейших исследований. Гомосексуальность в смысле психического заболевания Кернберг дифференцирует в зависимости от уровня организации психических функций на:

- невротический вариант (здесь преобладает защита от эдипальных конфликтов на основе защитной идентификации с матерью);
- версию пограничных состояний (для нее характерны признаки низкого структурного уровня);
- нарциссическую версию (здесь речь идет о защите от признания инакости объекта и разобщенности с ним);
- гомосексуальность в рамках структурной перверсии, сопровождаемую синдромом злокачественного нарциссизма (для которой характерны признаки структурной перверсии, см. главу VII.9).

В дискуссиях высказываются также противоположные точки зрения на этиологию и динамику женской гомосексуальности. Французские психоаналитики обнаруживают у женщин-гомосексуалисток нарциссическое расстройство, берущее свое начало в травматическом опыте в период самых ранних отношений с матерью. Так, например, мать может блокировать нарциссическое и сексуальное развитие маленькой девочки, не давая нарциссического, а также эротизирующего (в смысле Лапланша) заряда энергии младенцу женского пола, спроецировав в дочь обесцененный образ свой самости. Дочь идентифицируется с ним и позже, уже будучи взрослой, остается бессознательно фиксированной на идеализированной материнской фигуре. Эти авторы видят этиологические факторы развития женской гомосексуальности прежде всего в отвержении и обесценивании матерью первичной вагинальной генитальности маленькой девочки (McDougall, 1982). А другие авторы, напротив, предполагают наличие первичных гомосексуальных отношений с матерью, от которых маленькой девочке приходится защищаться множественными страхами, а обращение к эдипальному отцу является выражением ее потребности в защите.

5.5. Роль и функция отца

Проблема отца

Тема отца часто появляется в психоаналитической литературе, причем главным образом подразумевается эдипальный отец (совершенно в духе классического психоанализа), стремящийся устранить подрастающего сына с его желанием обладать матерью, а для девочки отец оказывается вторым любимым объектом, помогающим лучше отделиться от власти первого объекта – матери.

Однако некоторые авторы считают потерю отца травмой, как, например, Лапланш в работе «Гёльдерлин и поиск отца» (Laplanche, 1975), и утверждают решающую функцию отца – объекта идентификации

для развития здоровой половой идентичности, причем не только у сына, но и у дочери. Важное условие для этого – «преимущественно либидинозно, а не агрессивно нагруженные отношения» (Kutter, 1986, S. 37). Нарушения в отношениях с отцом могут стать причиной для развития гомосексуальной ориентации. Отсутствие отца неизбежно приводит к дефицитарным личностным структурам. Отцы, которые жестоко обращаются с сыновьями, подавляют их или насилуют дочерей, уже упоминались в рамках проблемы травматизации и ее разрушительных последствий для развития.

Йохен Шторк (Stork, 1986) изучал «непрерывный, трансформирующийся образ отца». Имеется в виду тоска по образу отца; речь идет об отцах, которые эмпатийно понимают потребности сына в нежности и уважают его растущую половую идентичность. П. Куттер (Kutter, 1986) в своей статье, вошедшей в книгу Шторка, затронул тему «конфликтных отношений между отцом и сыном», причем осветил ее с точки зрения отца: отец всегда хочет, чтобы у него был сын, но в то же время амбивалентно не хочет этого, потому что бессознательно боится его как будущего соперника. Одновременно отец находится в конкуренции со своей женой, матерью сына, которая, как представляется отцу, больше любит сына, а не его, и пробуждает его ревность. Для любого отца важным условием здорового отцовства является не только здоровая основа в отношениях с матерью, но и преимущественно хорошие отношения с собственным отцом, что, в свою очередь, предполагает освобождение от базальной привязанности к матери.

Германские отцы, вернувшиеся с войны побежденными, личностно надломленными, не могли предложить своим подрастающим сыновьям достойного образца для идентификации. Неизбежным следствием этого стали сильнейшие структурные дефициты в мужской идентичности. Во многих случаях психоаналитического лечения описываются истории рассеянных, отсутствующих, в лучшем случае слабых отцов, с которыми у сыновей возникают не меньшие проблемы. В их анализе выяснилось, что разрешения классических эдипальных конфликтов оказалось недостаточно для хотя бы ограниченной компенсации (не говоря уже о преодолении) структурных дефицитов при тяжелых личностных расстройствах, психосоматических болезнях и в случаях пограничных расстройств личности.

Мужчины как отцы

В своей книге «Мужчины как отцы» Хайнц Вальтер (Walter, 2002) проработал в историческом и критическом плане важную для этой темы литературу. Он учел в ней как данные, приводимые Фтенакисом

(Fhtenakis, 1985), так и результаты исследований привязанности и эмпирического изучения младенцев, вплоть до «Лозаннской триалогической игры» (Fivaz-Depeursinge, 1999), в которой отец изначально включен в отношения отец–мать–ребенок. В книге исследуется исчезновение и повторное появление отцов, учтены и «новые» отцы, и матери с их новыми правилами и образом жизни, а также проблемы отцов-одиночек и неженатых отцов. В результате получаются гораздо более положительные образы мужчин как отцов, чем можно было бы ожидать на основании данных психоанализа. Их «отцовская компетентность» значительно стабильнее, если мужчины сами видят себя в качестве отцов, если их ценят женщины и дети, но также и когда они сами высоко ценят мужчину и отца. Однако подтверждаются другие психоаналитические представления. Так, в отношениях отца с сыновьями и дочерьми отражаются те отношения, которые в детстве были с его отцом. Кроме того, обнаруживается явная «неутолимая тоска» сыновей по отцу. Такую тоску по отцу разделяют и дочери. Прекрасный литературный пример тому – роман «Пловец», написанный Жужей Банк (Bánk, 2002). В нем показан отец, которого, несмотря на все его человеческие слабости, не только не ненавидят и не обесценивают, но даже любят.

А недавно появились новые публикации на тему «Значение отца», например книга, написанная Даммашем и Мецгером (Dammasch & Metzger, 2006), которые бросают вызов психоанализу и призывают его привести свои данные в соответствие с результатами современных исследований. Здесь яснее, чем раньше, проводится различие между фактически наблюдаемым поведением реального отца и образом отца, сложившимся у сына или дочери в ходе их развития. Бритта Хеберле (Heberle, 2006) различает 4 образа отца:

1) отец как освободитель от привязанности к матери, причем не только на эдипальной стадии, но и еще на предэдипальной. В ранней предэдипальной триангуляции (Abelin, 1986) подрастающий сын идентифицируется с отцом, чтобы выработать стабильную мужскую идентичность – аспект, которому в немецкоязычном пространстве посвящены прекрасные работы Ротманн (Rotmann, 1978), Бюргин (Bürgin, 1978), а также Даммаш и Метцгер (Dammasch & Metzger, 2006);
2) отец в представлении матери и/или символически репрезентированный в матери отец. Под этим понятием имеется в виду преобладающий в обществе образ отца, его имя, устанавливаемые им правила, его запрет на инцест ребенка с матерью (Lacan, 1953), которые действуют в воображении даже тогда, когда отец фактически отсутствует;

3) диадный отец наряду с отношениями с матерью формирует собственные, особые отношения с сыном или дочерью. Они характеризуются разным стилем общения в зависимости от пола ребенка, который больше возбуждает, чем успокаивает, и может быть удачным, а может и потерпеть неудачу в зависимости от того, как отец фактически относится к сыну или дочери;
4) триадный отец. Это отец, который с самого начала вместе с матерью играет крайне важную роль и является авторитетом. Тем самым Хеберле (Heberle, 2006), как до нее еще Бюргин (Bürgin, 1998) и Метцгер (см.: Dammasch & Metzger, 2006), разделяет позицию, описанную в книге «Первичный треугольник» (Fivas-Depeursinge, 1999), – точку зрения, эффективность которой смог эмпирически доказать Кай фон Клитцинг (Klitzing, 2002). При этом образ, который складывается у отца о сыне или о дочери, то, на что он считает их способными, а на что нет, оказывает большее влияние, чем фактическое поведение. Эти представления отца о том, что сын или дочь чувствует, чего хочет или боится, позволяют в живом изменчивом взаимодействии участвующих в нем людей сформироваться растущей структуре самости. Еще дальше заходит Герберт Блас (Blaß, 2002), он развивает этот подход, приписывая отцу особую «ментализирующую» функцию. Условием для этого является «достаточно хороший отец», с которым устанавливаются «преимущественно либидинозные, а не агрессивно нагруженные отношения» (Kutter, 1986, S. 73). Благодаря этому мужчина не только получает «способность уважать женщину» (Blaß, 2002, S. 62 и далее), но и может в роли отца вчувствоваться в ребенка, составить представление о его желаниях и страхах, стать товарищем по детским играм (общаясь с ребенком на его уровне), что предполагает одновременное дистанцирование от собственных аффектов.

Если у читателя сложилось впечатление, что мы обсуждали значение отца только для сына, а не для молодой женщины, то мы постараемся исправить это, отдельно рассмотрев отношения отца с дочерью. Так, Бенджамин (Benjamin, 1990) считает, что молодая женщина освобождается от слишком властной матери, рано идентифицируясь с отцом (там же, S. 95). Его она воспринимает как «возбуждающего и стимулирующего» (там же, S. 103). Причем дочерям труднее отделиться от матери, чем сыновьям; отчасти это обусловлено тем, что матери меньше поощряют независимость дочери, чем самостоятельность сына. Однако важно то, что маленький ребенок женского пола воспринимает желание отца и идентифицируется с ним – в своего рода «идентификационной любви» к отцу (там же, S. 104), причем происходит это *до* эдипальной констелляции. Если такая идентификация с отцом удается, это спо-

собствует развитию самостоятельности и соответствует собственному желанию. А если она не допускается, результатом будет несбыточное страстное желание в сочетании с готовностью к самоуничижению (там же, S. 120).

Судьбы отцов

Эдипальная судьба сына может сложиться по-разному, в зависимости от фактического отношения к нему отца. Если он подавляет развитие сына, завидует его интеллекту, если он хотел бы уничтожить его, пусть не физически, но психически (убийством души), то разрешение «нормального» эдипова конфликта значительно затрудняется. Если бы аналитик не видел деформацию эдипальных процессов со стороны отца, а смотрел бы лишь на инцестуозные желания сына и его пожелания смерти матери и отцу, мы не признали бы того бедственного положения, в котором сын оказался из-за фактического поведения отца, что было бы несправедливо по отношению к сыну. В одном из случаев анализ долгое время проходил по классической схеме, и только когда пациенту ничего не дали классические толкования, когда психоаналитик усомнился в их правильности и вспомнил фактическое поведение отца, пациент почувствовал, что его понимают, так как он (пациент) действительно был не только «преступником», но и жертвой.

Слабый отец изменяет эдипов комплекс в том смысле, что сыну трудно проявлять агрессию к такому отцу; тогда ему просто жаль отца; сын легче испытывает чувство вины, потому что отец не защищается.

Но еще труднее проявлять агрессию против отсутствующего отца. Так, одному пациенту, отец которого погиб под Сталинградом, было трудно занять освободившееся место рядом с матерью; следствием этого было сильное чувство вины.

В свою очередь, отец, ведущий себя как тиран, может дополнительно усилить первичную агрессивность сына, что, однако, может быстро привести к подчинению сына в смысле: «Я же все равно не смогу с ним справиться». Постоянный протест против деспотичного отца отнимает силы, однако в то же время усиливает агрессивный потенциал. Если отец идет на уступки, это укрепляет подрастающего сына в его агрессивности; а если отец, напротив, не сдается и хочет, чтобы последнее слово всегда оставалось за ним, отношения отца с сыном надолго останутся нарушенными.

Психическая структура может сформироваться только тогда, когда постоянно идет живое взаимодействие между подрастающим ребенком и значимыми лицами; любовь и ненависть сменяют друг друга, ребенок постоянно испытывает то восторг, то страдание. Это начинается,

как показывают исследования младенцев, с первого дня жизни, преимущественно в отношениях матери и ребенка, но вскоре и с участием отца. Доброжелательное внимание отца к сыну придает их отношениям совершенно особый, личный оттенок. После интериоризации этих первоначально внешних отношений их особенности отражаются в виде интрапсихической структуры. Как показали недавно проведенные нейробиологические исследования (см. главу IV. 8), этот психический опыт воздействует также физически на формирование структур мозга. Причем первый опыт вплоть до 15-го месяца жизни носит невербальный, чисто телесный характер, он вполне чувственный, приятный или неприятный и связан с соответствующими аффектами (может быть радостным, печальным, вызывающим досаду), это так называемый «прожитый опыт» (Lichtenberg, 1989). Это то сообщение, которое отец посылает сыну своими действиями и движениями, особая атмосфера, его особый запах и то, как он прикасается к сыну, берет его на руки, с удовольствием борется, играет с ним.

Если подобного опыта нет, то у мальчика с большой долей вероятности можно ожидать появление соответствующих структурных дефицитов. Это означает отсутствие психических структур, которые есть у других. Но когда нет психических структур, нет и тех функций и способностей, которые на них основаны. То, что могут другие люди, человек без таких структур сделать не может. У него нет целого ряда способностей. Там, где другие люди могут воспользоваться имеющимися структурами, у такого человека зияет пустота, и он предпринимает отчаянные попытки сделать то же, что могут другие, совершает все новые напрасные попытки и терпит неудачи. Затем к этой неспособности прибавляется еще и депрессия.

В этом отношении логичным следствием отсутствия отцов является отсутствие очень многих структур, а наличие слабых отцов ведет к появлению слабых структур с недостаточно сформированными навыками и умениями действовать соответствующим образом.

Если этому предшествовало жестокое обращение, например, если отец все еще бьет сына (такое встречается), такие истязания наносят психические раны, травмы, которые болят точно так же, как и физические раны, и требуются постоянные психические усилия, чтобы хоть как-то справиться с ситуацией. А если эти психические травмы затрагивают систему собственной значимости, то из-за предшествующих нарциссических обид неизбежно формируется «нарциссическая личность» (см. главу VII.4). Если подрастающего сына целенаправленно ограничивают в его сексуальном любопытстве, например, если его наказывают или стыдят за мастурбацию, логичным следствием будут нарушения потенции, нестабильная мужская идентичность, неспособность завоевать и удержать женщину.

В таких случаях сначала нужно снова отыскать душевные раны, дать возможность пациенту прочувствовать связанную с ними боль, довести ее до сознания и с помощью психоаналитика, как бы тяжело это ни было, признать их как реальность. Лишь тогда может появиться новый опыт, может быть наверстано что-то из упущенного.

Если в детстве ребенка преследовали постоянно повторяющиеся психические травмы («кумулятивные [хронические] травмы» – Khan, 1979, S. 50 и далее), то тогда вообще формируется ранимая, неуверенная в себе личность с характерной уязвимостью в сочетании с базальной предрасположенностью к любым видам психических расстройств.

Тоска по отцу

Этим красивым заголовком мы хотели бы обратить внимание на один широко распространенный феномен. Ему один из авторов данной книги (Kutter, 1993a) посвятил исследование, в котором эта проблематика представлена на примере одного типичного случая: неутоленная и неутолимая тоска по отцовству, так сильно идеализированная, что это желание никогда не сможет быть реализовано; это приводит к поискам идеальной отцовской фигуры, похожим на болезненное пристрастие. «Только тот, кто испытал тоску, знает, как я страдаю» (Гёте). Тоска по всепонимающему отцу, всегда связанная с болью и мучительными чувствами, – особая тема в литературе: «Письмо отцу» Франца Кафки, «У горы Ортлер» Томаса Бернхарда[1], «Заурядная смерть моего отца» Пауля Керстена[2], «Загадочная картинка» Кристофа Меккеля[3], «Следы отца» Зигфрида Гауха[4] и «Любовь и обида» Петера Хертлинга[5]. Тоску по отцу мы находим и у мужчин, привязанных к матери. Им недоставало отца, который вызволил бы их из дуальных отношений мать–дитя, как посторонний, не вовлеченный в них персонаж. Поэтому такие мужчины ищут его во все новых заместителях фигуры отца. Приведу для примера такой случай.

---

[1] Bernhard (1931–1989) – австрийский прозаик и драматург.

[2] Kersten (род. в 1943 г.) – немецкий писатель, редактор радио- и телепередач.

[3] Meckel (род. в 1935 г.) – немецкий писатель и график.

[4] Книга Гауха «Следы отца» хорошо известна на Западе. Она вышла в 1979 г., но автор продолжает работать над книгой. Недавно он отыскал архивные материалы, которые свидетельствуют о том, что его отца на процессе Эйхманна заклеймили прозвищем «убийца за письменным столом».

[5] Härtling (род. в 1933 г.) – немецкий писатель.

Один предприниматель еще в раннем детстве, когда ему был всего лишь год, остался без отца. Мать вышла замуж второй раз. Но мальчик никогда не чувствовал поддержки со стороны отчима. К тому же развитие мальчика затруднялось негативными пророчествами типа «Из тебя никогда ничего путного не выйдет». Отчаявшемуся мальчику ничего другого не оставалось, как попытаться бороться с отчимом. Но из-за слабой базовой идентичности, из-за ранней потери отца последовало сокрушительное поражение. Напрягая все свои силы, подросток развил способность помогать другим людям, как близким, включая отчима, так и посторонним. Такое поведение в психоанализе понимается как призыв: «Помогите же мне так же, как я помогаю вам». Преувеличенной автономией пациент хотел уклониться от зависимости, так как зависимость для него означала раннюю потерю, непорядок, ранние страдания и покинутость. Даже если посредством этого ценой огромных усилий ему и удалось одержать победу, то это была пиррова победа; а под конец он, как герой рассказа Хемингуэя «Старик и море», остался ни с чем. Симптомы, которые стал проявлять пациент (депрессия, состояние страха, панические атаки) означали бессознательные упреки в смысле: «Вот вам за то, что не заботитесь обо мне, не признаете меня, бросаете на произвол судьбы». Этот характерный паттерн отношений, естественно, повторился в аналитическом процессе в переносе и контрпереносе, но был распознан. Пациент не хотел эдипально соперничать с психоаналитиком, он скорее хотел признания его обоснованных потребностей в понимании другими людьми, в уважении и высокой оценке. Важным поворотным пунктом в этом анализе стало то, что психоаналитик смог согласиться, что он действительно бросал пациента на произвол судьбы, например, при отмене сеансов или перерывах в лечении из-за отпуска, причем в то время, когда пациент особенно нуждался в помощи. Тоска пациента по отцу в неприкрытом виде проявилась в одном сновидении: «Какой-то пожилой человек нежно гладит меня по щеке. Растроганный, я плачу».

Решающая психодинамика состояла в том, что постоянно повторялось желание наконец-то быть замеченным, принятым, а когда нужно – поддержанным отцом. Пациент желал, чтобы его достижения замечали, отражали, ценили, признавали и хвалили. Как Кохут (Kohut, 1971) говорил о «блеске в глазах матери», так и мы можем говорить о «блеске в глазах отца»; прочувствованная реакция, настройка на чувства сына, не без умиления. Если деятельность сына отражается именно таким образом, то ответное действие в духе высказывания Гёте: «Возьми то, что ты унаследовал от отцов, и работай, чтобы сделать это своим собственным», – может интериоризоваться и трансформироваться в психическую структуру.

6. Эмоциональность и телесность – психоаналитическая теория аффектов

6.1. Человеческие страсти

В 1978 г. П. Куттер опубликовал книгу «Человеческие страсти», в которой центральными темами были любовь и ненависть, ревность и зависть, а также жадность и месть, любопытство и воодушевление. Наша социализация направлена на то, чтобы сделать из нас приспособленцев. Такой человек, по мнению Винникотта (Winnicott, 1953, 1967), проживает жизнь не со своей «истинной», а с «ложной» самостью. Это всегда подавленная самость, которая не может развиваться, которая не имеет доступа к своим чувствам, эмоциям и аффектам (причем в рамках этой вводной главы во избежание ненужных усложнений мы используем названные понятия как синонимы). В психоаналитической теории объектных отношений это всегда означает отсутствие доступа к своим чувствам, к другим людям, к самому себе. При этой перспективе у человека есть выбор, как наглядно показывает Макс Фриш, стать «homo faber» (человеком-строителем, человеком-созидателем) или также «homo sentiens» (человеком чувствующим). Декартовское «cogito, ergo sum» («Я мыслю, значит, существую») следовало бы дополнить выражением «sentio, ergo sum» («Я чувствую, следовательно, существую»).

Психоанализ долгое время пренебрегал миром эмоций, прежде всего во время расцвета психологии Я. И только в 1970-е годы психоанализ снова открыл для себя аффекты. Аффекты служат не только для разрядки влечений, они обогащают межличностные отношения, только они превращают эти отношения в подлинно человеческие. Они также оживляют психоаналитическую практику. Поэтому психоаналитики не должны чураться страстей. Они делают доброе дело, когда живут полной жизнью, такой жизнью, которой ничто человеческое не чуждо.

Современная теория аффектов учитывает первичные аффекты радости, печали, ярости, страха, отвращения, удивления, интереса и стыда. В каждом из этих аффектов объединены физические компоненты (физиологически гормональные и двигательные, т. е. служащие для иннервации мускулатуры), экспрессивные, выражающие аффект в мимике и жестах, а также когнитивные (Krause, 1988). Они могут доходить до нашего сознания в виде чувств. Они охватывают нас (пассивно), и мы выражаем их (активно). Что касается их социального измерения, то они управляют близостью и дистанцией между людьми: в радости мы хотим обнять другого человека, а когда что-то в нем вызывает у нас отвращение, мы держимся от него подальше.

Аффекты мы переживаем также и в отношении самих себя. Мы стыдимся себя, когда не соответствуем своим идеалам. Тогда сигнал, посылаемый стыдом, может иметь смысл. Но стыд может также и разрушить наши отношения с самим собой и с другими людьми. Это бывает, например, когда ребенок гордится каким-либо своим достижением, а мать фрустрирует его именно в этот момент, говоря: «Как тебе не стыдно!» Ребенок свяжет испытываемую им радость по поводу достижения с мучительным опытом, и потом это легко может повториться в аналогичных ситуациях.

6.2. Современная теория аффектов

По мнению Краузе и Мертена (Krause & Merten, 1996), а также Мозера (Moser, 2005), в объектных отношениях аффекты выполняют прежде всего коммуникативные функции и поэтому представляют собой нечто большее, чем просто психофизиологический коррелят. Аффекты не являются некими неделимыми сущностями, а состоят из различных отдельных элементов, поэтому у них разные источники и история происхождения. Итак, у аффектов есть различные грани, они содержат выразительный компонент, включают (на соматическом уровне) гормонально-физиологические факторы, у них есть мотивационные аспекты, сигнальная функция (они служат для обращения внимания) и они тесно связны с познавательными процессами. Психоаналитическая теория аффектов предполагает существование врожденных первичных аффектов (см. главу IV.7), и показывает, что младенцы практически уже с самого рождения в состоянии распознать эмоциональное состояние первичных объектов, как оно отражается, например, в мимике и жестах. Солмс (Solms, 1996) обнаружил, что различные аффекты имеют сигнальный характер и, кроме того, обладают свойством воспринимать и соединять телесные и интрапсихические процессы, переводить их в эмоциональность, связывать с чувствами, выражать в виде эмоций. Как органы чувств пытаются отразить внешнюю реальность, так аффекты представляют собой врожденные модальности, позволяющие понимать соматические процессы и психические состояния первичных объектов, а затем и самости. Так, врожденные аффекты с самого начала жизни по-разному влияют на отношение к первичным объектам (Dornes, 1993, 1997). С другой стороны, и ранние объектные отношения, в свою очередь, влияют на дальнейшее развитие аффектов как психофизиологических коррелятов и коммуникативных модусов. В этих моделях, построенных на теории объектных отношений, аффекты наделяются сигнальным характером, им отводится коммуникативная функция, функция регуляции отношений, а также и генерирования значений.

Опираясь на вторую фрейдовскую теорию тревоги, в которой Фрейд (1926d) различал автоматическую тревогу и тревогу как сигнальный аффект, эти модели объектных отношений расширяют интенциональное и мотивационное качество аффектов. Так, клиническая практика показывает, что нарциссически ранимая, некогерентная в своей структуре самость быстро приходит в такое состояние, когда не может справиться с дифференциацией, толерантностью и контролем над аффектами, а также с коммуникативными способностями, используемыми объектом для понимания и общения, особенно в конфликтных ситуациях, и часто прибегает к соматическим заболеваниям как регрессивному способу разрешения конфликта. Нарушение самых ранних отношений с первичными объектами приводит к неконтролируемым экзистенциальным страхам разлуки и утрат, а также к деструктивно-разрушительному поведению, которые потом вторично «прорабатываются» в теле и при помощи тела (см. главу VII.6). Тем не менее, психосоматические исследования (Ermann, 2004; Uexküll et al., 2005; Zepf, 2006b) показывают, что и первая фрейдовская теория аффектов (аффекты как производные влечений с экономической, т. е. количественной, точки зрения) нисколько не потеряла своего значения. В этой модели кванты аффектов могут переводиться в телесные симптомы или блокироваться.

Новейшие исследования показывают, что младенцы способны переживать различные по качеству и интенсивности аффекты, сообщать о них, а также и передавать их «значения» (имеется в виду, что различные аффекты, такие как радость, ярость, печаль, удовольствие, ненависть, по-разному выражаются и имеют различные значения – удовольствие от разрушения, радость от действия, сексуальное удовольствие; то же самое относится и к ненависти, – и проявляются с различной интенсивностью). Кроме того, у младенца в распоряжении есть врожденный репертуар основных аффектов: категориальных (Stern, 1986), таких как радость, печаль, ярость, тревога, любопытство, интерес, отвращение, а также витальных, которыми он с большей или меньшей успешностью обменивается с матерью (Dornes, 1993). При аффективной коммуникации речь идет о динамических процессах со специфическими признаками количества, интенсивности, формы, а также оттенков, ритма и тембра. Эти врожденные предрасположенности к аффектам влияют на опыт взаимодействия матери и ребенка и сопровождают интернализацию представлений самости и объектных представлений (Moser & Zeppelin, 1996). Одна из важнейших функций аффектов – их сигнальная функция, и это касается не только тревоги. Дифференциация аффектов, аффективная толерантность, сигнальная функция аффектов, их десоматизация и все большая вербализация, способность к синтезу различного эмоционального опыта должны сформироваться в рамках аффективного взаимодействия пары мать – ребенок, хотя предрасполо-

женности к аффектам существуют с самого рождения. К тому же в ходе развития аффект должен ассоциироваться с объектом и интеракцией, а также со значениями. Эта ассоциация происходит через идентификацию с материнскими функциями проработки аффектов.

При этом либидинозные и агрессивные влечения представляют собой вышестоящие мотивационные системы, своим происхождением обязанные организации аффективных состояний. Врожденные предрасположенности к аффектам в ходе развития интегрируются в объектные отношения и представления о самости как «только добрые» и «только злые» аффективные состояния. Таким образом, влечения происходят от врожденных предрасположенностей к аффектам (Krause, 1983, 1988). На дифференциацию влечений влияют, прежде всего, именно аффективные отношения внутри пары мать–ребенок. Причем либидо возникает из интеграции «только добрых», а агрессия – из интеграции «только злых» аффективных состояний. С точки зрения теории объектных отношений, аффекты всегда содержат объектные отношения и представление о самости, а также их взаимодействие (Kernberg, 1984). Опыт, пережитый ребенком в состояниях «только добрых» аффектов, подталкивает интернализацию и формирование «только добрых» объектных представлений; то же самое относится к противоположному случаю – к интернализации «только злых» объектных отношений и формированию различных представлений о самости.

6.3. Телесность

Непростительное упущение психоанализа – это пренебрежение телесностью. Психоанализ проводится вербально, ссылается на представления и фантазии, а тело слишком легко исключается из этого процесса. Тем самым повторяется опыт, который многие из наших пациентов пережили когда-то в детстве в отношениях с родителями: те не обращали внимания на тело ребенка. Как же пациентам научиться строить отношения со своим телом, если они, уже будучи взрослыми, снова переживают детский опыт «бестелесности», лежа на кушетке психоаналитика?

Этот пробел в психоанализе восполняют другие методы психотерапии, которые сосредоточены на теле, например кинезитерапия (целенаправленное лечение движением), функциональная релаксация, биоэнергетика. Но в последнее время психоаналитики пытаются компенсировать свои упущения, признавая, что мы *являемся* телом (как субъект) и *у нас есть* тело (как объект). Вот так противоречиво мы и относимся к своему телу, разделяя его на субъект и объект. Мы можем любить или ненавидеть свое тело, как другого человека, ценить его или не обращать на него внимания, хорошо с ним обращаться или из-

деваться над ним. Еще в младенческом возрасте мы постепенно через физические контакты, прикосновения и душевное общение формируем ощущение своего тела и его образ. С этим образом – через некую «психосоматическую триангуляцию» между образом матери и представлением о себе – мы и вступаем в благотворные или разрушительные отношения.

Ранний телесный опыт сказывается на наших переживаниях, особенно на нашем сексуальном поведении, здоровье и болезнях. Не вызывает сомнений одно: без ощущения собственного тела наша личность была бы неполной. Именно это имел в виду Фрейд, когда в книге «Я и Оно» (Freud, 1923 b, S. 253) писал: «Я – прежде всего телесное». То, в какой манере матери обращались с нашим телом еще до осознания нами своей самости (при кормлении, когда брали нас на руки, держали нас), в значительной степени определяет наше последующее отношение к своему телу: свободное и раскованное или скованное и напряженное. По-новому расставив акценты, психоанализ преодолел недостатки дуалистической теории влечений с ее исключительной ориентацией на сексуальность и агрессивность. Сегодня он предлагает гораздо более дифференцированный портрет человека, включающий его базовые физиологические потребности, такие как сон и бодрствование, потребности в привязанности, близости и нежности, а также столь же сильные нарциссические желания признания, любопытства и самоутверждения и, что тоже нельзя забывать, сексуальные желания.

Сегодняшний психоанализ, дополняя новаторские работы Тильмана Мозера (Moser, 1989), уже давно включил в свою теорию и практику телесное измерение (Kutter, 2001). С другой стороны, методы телесно-ориентированной терапии теоретически и практически сблизились с психоанализом и учитывают перенос и контрперенос. Это доказывают работы Сабины Траутманн-Фойгт и Бернда Фойгта (Trautmann-Voigt & Voigt, 2007) и Петера Гайслера (Geißler, 2003), а также публикации в журнале «Psychoanalyse und Körper».

7. Душевные раны – психоаналитическая теория травм

7.1. Классический подход

В психоанализе дискуссия о конвергенции и дивергенции различных моделей травм, дефицита и конфликта имеет долгую традицию. В этой дискуссии трудно разобраться хотя бы потому, что различные школы

представляют совершенно разные концепции травм, дефицита и конфликта (см. психоаналитический альманах «Jahrbuch der Psychoanalyse», 2003). Своей концепцией внутренней и внешней травмы Фрейд (1920g, 1926d) обозначил теоретические рамки для всех последующих моделей травмы. Травмой считается переживание, сила которого превосходит возможности субъективной психической проработки. Это приводит к состоянию «автоматической тревоги» (Freud, 1926d), полного бессилия и крайней беспомощности, чувствам, которые могут указывать на более или менее полный выход из строя психических функций. В сновидениях и посредством навязчиво повторяющихся поведенческих паттернов делаются попытки справиться с травмой. Травматический опыт пробивает «защиту от возбуждения», в результате чего нарушаются базовые механизмы психической регуляции (Fischer & Riedesser, 1998). Четкое определение психоэкономического подхода можно найти в работе Фрейда «По ту сторону принципа удовольствия» (1920g), в которой травма понимается как разрушение защиты, т. е. системы биологических и психологических мер предосторожности, от возбуждения. В результате опасности подвергается не только вся система влечений, но и вся психическая структура Я вместе с его ядром. Соратники и последователи Фрейда особо интересовались действием травмы, прежде всего с точки зрения теории объектных отношений. Ференци (Ferenczi, 1932) первым разработал механизм идентификации с агрессором (термин принадлежит Анне Фрейд – Freud A., 1936, в терминологии Ференци – покорность, интроекция агрессора) как попытку справиться с травмой. В сочетании с фрейдовским понятием заимствованного чувства вины этот механизм (идентификация с агрессором) приводит к образованию некоего инородного тела, которое в форме аффекта или установки направляется против субъекта. В ходе дальнейшего развития теории травмы исследователи стали различать стрессовое расстройство и шоковую травму, а М. Хан (Khan, 1974) создал концепцию кумулятивной травмы. Предполагается, что эти теоретические модели учитывают клинический факт, что не только отдельное тяжелое событие, например экстремальная травма (Grubrich-Simitis, 1979, 1987), но и большое количество накопившихся фрустрационных переживаний (Khan, 1974), например потеря родительской заботы и установление границ, может оказать сильнейшее травматическое влияние на самость.

Наряду с исследованиями травматических последствий военных переживаний, которые возникли как следствие травматических неврозов, вызванных Первой мировой войной, психоанализ занимался, прежде всего, последствиями Холокоста как ситуации экстремальной травматизации (Laub, 1998, 2000). Кристал (Krystal, 2000) подверг сомнению некоторые традиционные психоэкономические гипотезы, сделав акцент на индивидуальном восприятии и проработке травма-

тических аффектов и событий. В новаторских работах Кристала (Krystal, 2000), Коган (Kogan, 1990), а также Грубрих-Симитис (Grubrich-Simitis, 1979, 1987) и Кестенберг (Kestenberg, 1989) были исследованы бессознательная передача следующим поколениям травматических последствий Холокоста и лежащие в ее основе бессознательные процессы идентификации («транспозиция», перемещение у Кестенберга, «télescopage» (столкновение) у Файмберга). Эти подходы применялись также для понимания травматизаций, спровоцированных Второй мировой войной, как они проявлялись в психоанализе граждан послевоенной Германии (второе поколение, поколение отцов, поколение палачей и жертв – Eckstaedt, 1989).

Обсуждая психоаналитическую теорию травмы, Болебер понимает травму метапсихологически, подходя к ней с позиций «герменевтической и психоэкономической концепции», и критикует психоанализ не только в целом за его несправедливое отношение к тяжелым травмам людей, но и за интерсубъективистский, конструктивистский и нарративный подход в частности.

«При лечении травматизаций такая односторонность постмодернистских/интерсубъективистских теорий особенно хорошо заметна, так как травма пробивает защитную оболочку человека, которую образует психическая структура значений. Травма „запечатлевается" в теле и может приводить к соматическим симптомам, воздействуя непосредственно на органический субстрат психического функционирования. Специфичность травмы, которая должна быть описана психологически адекватно, состоит в особой структуре процессов восприятия и аффективных процессов, а также в переживании того, что психическое пространство пробивается, а символизация разрушается» (Bohleber, 2000, S. 798).

Первая фрейдовская концепция травмы, теория соблазнения, которой он, вопреки распространенным предрассудкам, имплицитно придерживался в течение всей своей жизни, была в гегелевском смысле упразднена и одновременно сохранена на более высоком уровне в концепциях бессознательной фантазии и психической реальности. В этом отношении можно согласиться с Мартином Элерт-Бальцером (Ehlert-Balzer, 1996), что между моделью влечений и моделью травмы нет противоречий. Ведь бессознательные фантазии и влечения также могут оказывать травматическое воздействие, что Фрейд (1926d) отразил в понятиях внутренней и внешней травмы. А в результате подобных воздействий появляются состояния абсолютной беспомощности и бессилия. Болебер в своем критическом анализе совершенно справедливо подчеркивает новаторскую роль Ференци, «который в своей модели травмы предвосхитил многие выводы, сделанные другими исследователями травмы спустя

некоторое время: разрушительное воздействие травмы, из-за которой возникает мертвая часть Я и агония; проявление травмы в форме отыгрывания (enactment) при психоаналитическом лечении; расщепление Я на наблюдающую инстанцию и брошенное на произвол судьбы тело; паралич аффектов <…> и особенно реакция травматизированного ребенка на молчание обидчика» (Bohleber, 2000, S. 803).

7.2. Современные взгляды

В нейробиологии была выдвинута гипотеза, согласно которой специфическая травматическая память кодирует воспоминания другим способом, отличающимся от эксплицитной автобиографической памяти (van der Kolk, 1996). В результате этого уничтожается возможность раскодирования и дальнейшей проработки травматических событий, например, в виде воспоминаний в семантической памяти, а аффективное состояние запоминается как соматическое ощущение, как конкретный визуальный образ, причем ни то, ни другое не репрезентировано символически. Выражаясь языком нейробиологических терминов, кортизол разрушает функции и структуры мозга в гиппокампе (декларативную память), приводя к возникновению «дыры», «пустоты», дефекта. В такой нейробиологической модели акцент чаще всего делается на приводящих к травме биологических факторах: травма представляется как воздействующее извне событие с разрушительными для физиологии и биохимии мозга последствиями. Этот подход существенно расширил наши знания о воздействии травмы. Но психоанализ выдвигает на первый план исследований субъективные переживания, психическую реальность, бессознательное значение и защитные структуры. Поэтому в психоанализе индивидуум рассматривается не только как субъект, пассивно подвергающийся эндогенным и экзогенным травмирующим воздействиям, но исследуются также его пре- и посттравматические психические структуры, их взаимовлияние; тем самым психоанализ изучает, как травма влияет на формирование идентичности и символизации. За свою историю психоанализ разработал разнообразные, частично различающиеся, частично дополняющие друг друга (а иногда и взаимоисключающие) модели, описывающие этот процесс формирования идентичности и символизации с различных точек зрения. При всех различиях, видимо, существует консенсус относительно того, что для «психического рождения» человека необходимо, чтобы все внутренние «состояния», чувственное восприятие и соматические ощущения психофизической самости в начале жизни трансформировались с помощью психического аппарата объекта (его ощущений, мышления и речи) в символизируемый, репрезентируе-

мый, ощущаемый и рефлексируемый «материал», чтобы затем можно было вести переговоры с использованием речи (Bion, 1962; Green, 1986; Williams, 2005, S. 307; De Masi, 2003a). Так, например, для формирования идентичности необходимо, чтобы аффекты ребенка отражались объектом (Lacan, 1956; Winnicott, 1967). Только тогда ребенок сможет воспринимать и свою самость, и сам объект. Для этого объект должен воспринять протоаффекты и протомысли ребенка, удержать их, а затем вернуть «в зеркальном отражении». Правда, это должно быть сделано не в виде изображения, а в виде интерпретации либо с конкордантной, либо с комплементарной идентификацией. Обе эти установки объект должен попеременно менять, а ребенок, со своей стороны, должен иметь возможность идентифицироваться с обоими подходами и передаваемыми ими содержаниями, иначе возникнут нарушения символизации, ментализации и эмпатии:

> «Маленькому ребенку, видящему себя в зеркале <…> для того чтобы узнать в себе самого себя, сначала нужна интерпретация, а затем признание и подтверждение увиденного другим человеком. Таким образом, этот другой человек привносит в ощущение двуединства образа и его отражения категорию свободы, позицию третьего лица» (Haesler, 1995).

Когда объект либо выражает свои собственные мысли и чувства по поводу психических и телесных состояний ребенка (в комплементарной позиции), либо в конкордантной идентификации (Racker, 1968) облекает в чувства, мысли и, наконец, в слова состояния ребенка, то дополнительно к качеству дуальности вводится также категория триангуляции, которая в конце концов помогает ребенку почувствовать себя отделенным от объекта и одновременно связанным с ним.

Совсем недавно вновь было указано на необходимость дифференциальной диагностики травматических заболеваний (Bokanowski, 2005; Gerzi, 2005). Высказывались справедливые замечания, что и психоаналитическим концепциям травмы иногда присуща тенденция не обращать внимания на субъективную проработку травмы, окрашенную специфическими биографическими событиями, бессознательными фантазиями и конфликтами влечений, которая приводит к механистической концептуализации. По мнению этих авторов, слишком мало внимания обращалось, на какие именно психические структуры воздействовала травма, какое бессознательное значение имеет она для субъекта. К тому же расширение этой концепции лишает травму ее специфичности, и тогда она рассматривается либо как разновидность механического воздействия, либо как что-то очень близкое бессознательному конфликту. Однако, с психоаналитической точки зрения, травма – это как раз не только событие, воздействующее на самость из-

вне (Kolk, 1996), но прежде всего его субъективное переживание в сочетании с несостоятельностью объекта (Bohleber, 2000; Varvin, 2003; Hardtke, 2005). Однако только аналитическое исследование истории жизни, структуры и динамики интериоризированных объектных отношений может учесть всю сложность индивидуальных переживаний. Тогда, с точки зрения дифференциальной диагностики, напрашиваются, например, следующие вопросы: почему при крайней степени травматизации взрослых людей существующие функции символизации не могут репрезентировать определенные переживания? Идет ли здесь речь о функциональных или о структурных нарушениях? Ведь в отличие от травматизации в детском возрасте, у взрослого человека функции символизации уже все-таки были сформированы. И тем не менее, в случае экстремальной травматизации претравматическая личностная структура, по-видимому, не имеет решающего значения (Bohleber, 2000).

Проведенные в последние десятилетия подробные научные исследования, посвященные взаимосвязи между травмой и конфликтом, видам и тяжести травм, времени получения травмы, а также претравматической психической структуре, позволяют предположить, что «травма», «травматический невроз, расстройство, припадки», «травматизация» являются понятиями, охватывающими целый спектр различных динамических, генетических и структурных заболеваний. Особенной сложностью отличается динамическая связь между пре- и посттравматическими структурами. Бокановски (Bokanowski, 2005) различает понятия «травматизм» и «травма» (или «травматический») и исследует, настигают ли травматические события людей с психическими функциями высокого или низкого структурного уровня и какова должна быть регрессия структурного уровня, чтобы травма была проработана. При этом, продолжая развивать фрейдовскую концепцию внутренней и внешней травмы (Green, 2002b), можно дифференцировать различные психоэкономические (аффективные) воздействия и способы проработки травмы. На высшем, психоневротическом структурном уровне, несмотря на влияние подчас экстремальных внешних травм, сохраняется состоящая из трех частей психическая структура, энергетическая наполненность объектов и их аффективное значение (Objektbesetzung). Травма приводит к крайней беспомощности Я, причем по двум причинам: Я переполнено воздействующими извне раздражителями и наводнено изнутри страхами и импульсами влечений, с которыми ранее удавалось успешно справляться. Эти динамические и взаимообусловленные объединенные воздействия внутренней и внешней травмы заставляют Я прибегать к множественным регрессиям генетической, структурной и топографической природы, что может приводить к хроническим аффективным ограничениям (Krystal,

2000). Проработка травмы происходит в результате вынужденной регрессии путем интроекции травматизирующего объекта с помощью диссоциации (Gullestadt, 2005), а также придания противоположной аффективной нагрузки и противоположного психического значения (Gegenbesetzung[1]) добрым внутренним объектам (Ehlert & Lorke, 1988). Однако интроекция преследующего объекта в систему Я-идеала приводит к глубокому изменению структуры Я и самости (Freud A., 1936; Grubrich-Simitis, 1979, 1987). Запутавшееся в навязчивом повторении Я пытается соответствовать идеалу, оказывающемуся перверсным в результате интроекции, но тем не менее зачастую ощущаемому эго-синтонным, и фиксируется на постоянных повторных травматизациях: бессознательно вызывается опыт постыдных и унизительных травматических отношений, чтобы не переживать рассогласований с интроектом, что вызвало бы еще больший страх перед утратой нарциссического идеального объекта, а с ним и частей самости (Sachse, 1993; Henningsen, 2005).

Еще одна связанная с этим задача дифференциальной диагностики – это определение степени и качества нарушения символизации. В психоанализе под символизацией понимают способность проводить различия между означаемым и означающим, между словом и вещью, репрезентацией и репрезентируемым (Segal, 1957). Разные понятия: потеря метафорической функции (Grubrich-Simitis, 1979), символическое равенство (Segal, 1957), доминирование бета-элементов (Bion, 1962), потеря функции репрезентации, при всех своих различиях сходятся в том, что описывают потерю функции Я – символически метафорической проработки (Küchenhoff, 2005). Правда, можно выделить различные ступени и качества символизации и вопрос в том, на каком уровне нарушается функция символизации в каждом отдельном случае. Вышеназванное определение символизации относится, скорее, к системе бессознательное/сознательное, к уровню рефлексивной апперцепции. Травмы, которые поражают психические операции на высшем/среднем (невротическом) структурном уровне, приводят к расстройству функции символизации на этом уровне (означаемое – означающее, символическое равенство – символическая репрезентация). Но и в системе бессознательного есть символизация и репрезентация: во-первых, влечение – это психическая репрезентация источника внутрисоматических раздражителей; во-вторых, влечение, со своей стороны, может

[1] Под понятием «Gegenbesetzung» Фрейд подразумевает защиту Я, с помощью которой могут удерживаться в вытеснении бессознательные представления, фантазии и объекты. Например, первоначально приносящие удовольствие, удовлетворяющие чувства и фантазии, связанные с фекалиями, могут удерживаться вытесненными в подсознание с помощью придания противоположного аффективного значения, т.е. чувства отвращения. – *Прим. Т. Мюллера.*

быть выражено только посредством репрезентации в аффекте и представлении; в-третьих, предметные представления объектов в бессознательном также являются символическими проработками объектов, а не самими этими объектами; и в-четвертых, вербальные представления в системе предсознательного/сознания – это еще более дифференцированные символизации.

Напротив, травматический опыт, поражающий самость на самых ранних стадиях развития, вызывает экстремальные травмы или такие травматизации, которые поражают людей с психическими функциями на нижнем структурном уровне. У таких людей отмечается разрушение способности к символизации, ментализации и психической репрезентации из-за активации автоматического страха, т. е. страха, лишенного значения (Baranger et al., 1988). Такая травма, возможно, необратимо уничтожает энергетическую нагруженность объектов, их психическое значение (Objektbesetzungen) (Bohleber, 2000) и либидинозные, а также агрессивные влечения Я к самосохранению. Эти психически неинтегрируемые страхи, переживаемые как «безымянные», активируются при каждой встрече, «напоминающей» о первоначальной травме, противясь «историзации». Это происходит, помимо прочего, потому, что сама попытка отнести все к прошлому, как это ни парадоксально, часто переживается как непонимание, как нежелание понять, как отказ объекта признать травматическую ситуацию (в этом проявляется интроекция травматического объекта), тем самым угрожая разрушить «травматическую, травматогенную идентичность» (см. концепцию травматофилии, созданную Абрахамом, – Abraham, 1907). Эти интроекты атакуют нарциссические аффективные нагрузки и отношения к объектам (Bokanowski, 2005, p. 262). При пережитых в детстве травматизациях объект не только не способен к контейнированию, поддержке («холдингу») и метаболизации, что само по себе уже может переживаться как травматизация, но, кроме того, разрушительным образом атакует самость (Gerzi, 2005). Из-за этого самости не удается воспользоваться механизмом вытеснения, сформировать конфликты, служащие защите от влечений, и интегрировать их (символизация), а приходится реагировать фрагментацией, отрицанием и расщеплением пережитого опыта, объектных отношений и, прежде всего, травматизированных частей самости, ее травмированного ядра (Hardtke, 2005, S. 282 и далее).

Герци (Gerzi, 2005) также разграничивает два фундаментально разных вида травм. Экстремальная, тяжелая травма характеризуется сознательной, активной агрессией объекта, направленной против самости. Из-за этого рвется психическая защитная оболочка, нарциссический покров. А травма, вызванная «дефицитарными объектами самости» (там же, S. 1036), изгнанием, недостатком пищи, лишениями

и фрустрациями самого разного рода – одним словом, депривациями, приводит к клинически хорошо известным разновидностям нарциссических расстройств; функция символизации при этом сохраняется. Если во втором случае речь идет об отсутствии, несостоятельности доброго объекта (объекта самости), то ситуация в первом случае характеризуется наличием злого объекта, например, у жертв Холокоста. Поэтому во втором случае (при травме, вызванной «дефицитарными объектами самости») Герци, опираясь на гриновскую концепцию «нарциссизма смерти» (narcissisme de mort) (Green, 2002b) и более завуалированно на розенфельдовскую теорию злокачественного нарциссизма (Rosenfeld, 1987), говорит о мертвом нарциссизме (death narcissism): нарциссизм умирает, в оболочке возникает некая «объектная дыра» (hole object), психическая черная дыра (Grotstein, 1990), уничтожающая любой опыт и ведущая, в конечном итоге, к необратимому дефекту, к состоянию пустоты, без репрезентации и памяти, к «отсутствию психической структуры» (Kinston & Cohen, 1986); символизация нарушена необратимо. При этом оборонительные операции должны защитить самость от соприкосновения с травматическим опытом и травматическим объектом, правда, это делает невозможной его интеграцию в психический аппарат, а тем самым – символизацию и вытеснение; и так может продолжаться «до бесконечности» (по выражению Игнасио Матте-Бланко, кляйниански ориентированного чилийского и британского аналитика). Ведь диссоциация, интроекция агрессора и отгораживание от окружающих приводят к катастрофической, травматической ресоматизации (как отмечал Макс Шур, психоаналитик, личный врач и биограф З. Фрейда), десимволизации, дементализации, к потере функции репрезентации. Связи между соматическим возбуждением, влечениями, их психическими репрезентантами, представлениями и аффектами распадаются («unbinding, disobjectalising function» – Hardtke, 2005, S. 283); по Грину (Green, S. 654) – это действие влечения к смерти.

8. Психическая запущенность, приводящая к структурным дефицитам

8.1. Общий обзор

Термин «дефицит» происходит от латинского глагола «deficio», что означает буквально «не хватать, недоставать, оказываться недостаточным». Так что часто задаваемый врачами своим пациентам вопрос «На что жа-

луетесь?» в скрытой форме подразумевает именно то, что мы здесь обсуждаем: предполагается, что чего-то не хватает[1].

Но вопрос в том, чего именно не хватает. Это должно быть что-то важное, необходимый элемент, например эмоционально теплое отношение родительской фигуры к младенцу. Отсутствие жизненно необходимой эмоциональной поддержки является, по определению, эмоциональной депривацией. В самом крайнем случае мать как объект полностью отсутствует. В большинстве случаев она хотя и присутствует, но не дает столь необходимого эмоционального тепла. Неизбежное следствие этого – структурные дефициты у ребенка. Причем разные модели поведения родителей приводят к совершенно определенным дефицитам.

Для появления структурных дефицитов есть следующие факторы риска: низкий социально-экономический статус, занятость матери на работе на первом году жизни ребенка, низкий уровень образования родителей, большая семья, преступная деятельность одного из родителей, хроническая дисгармония, неуверенное поведение, связанное с привязанностью, тяжелые соматические заболевания матери или отца, неполная семья (мать-одиночка), авторитарный отец, потеря матери, непостоянные, ненадежные объектные отношения и смена многих объектов и значимых лиц на важных стадиях развития в раннем детстве, сексуальное насилие или агрессия, небольшая разница в возрасте с братьями и сестрами, незаконнорожденность (Egle, Hoffmann & Steffens, 1997, S. 19).

Этот печальный опыт, который, возможно, покажется читателям удручающим, частично может быть компенсирован, прежде всего, хорошим и длительным уходом со стороны какого-либо другого лица, положительными эмоциональными отношениями с родственниками, учителями, священниками, собственным творческим подходом к решению проблем, успехами в профессиональной деятельности, спорте, искусстве, эмоциональной поддержкой за пределами семьи (там же, S. 52).

Если подобная компенсация по каким-то причинам оказалась недоступной или невозможной, то возникают дефициты в психической структуре, в создающих уверенность внутренних идеалах, в образцах, с которыми можно было бы идентифицироваться. Проще говоря: не хватает любви и доброжелательного внимания. Чтобы сформироваться во взрослую, зрелую личность, и девочки и мальчики должны иметь возможность положительной идентификации с отцом (см. гла-

[1] В данном случае в немецком языке обыгрывается многозначность глагола «fehlen» – недоставать, не хватать. Устойчивое идиоматическое выражение «Was fehlt Ihnen?», буквально означающее «Чего вам не хватает?», переводится на русский как «Что с вами? На что жалуетесь?». – *Прим. ред.*

ву VI.5.1 и 5.5). Нужно иметь возможность хотя бы некоторые хорошие черты отца считать ценными и встроить их в свою собственную личность. Дефициты при идентификации с матерью и отцом приводят к структурным дефицитам. Подобные нарушения отмечаются очень часто, что, на наш взгляд, может быть связано с тем, что у нас сегодня нет достойных примеров для подражания, с которыми стоило бы идентифицироваться. В 1978 г. Маргарет Мичерлих говорила о том, что не с кого больше брать пример. Особенно большой дефицит в идеалах отмечается у поколения людей, отцы и матери которых были активными деятелями или пассивными «попутчиками» в Третьем рейхе.

На соматическом уровне условием поддержания у младенца обмена веществ, формирования его мускулатуры и снабжения его энергией служит питание, без которого ребенок умер бы с голоду. Если мы теперь применим эту естественно-научную модель к психологии, то окажется, что для формирования психических структур необходимы совершенно определенные психические качества с определенными количественными характеристиками (см. далее разделы 8.2 и 8.3, пункты 1–4). А для того чтобы они могли функционировать и поддерживать психические процессы, будь то когнитивные или эмоциональные (если уж придерживаться приведенной выше психологической метафоры, основанной на естественно-научной модели), необходима их психическая подпитка. Но как же это выглядит при подробном рассмотрении?

В традиционной психоаналитической модели влечений считается, что должны быть созданы условия для функционирования влечений, как сексуальных, так и агрессивных, источник которых скрыт в теле. Однако чтобы влечения могли проявиться, должно быть добавлено нечто извне.

8.2. Непорядок и раннее горе[1]

Конечно, особенно острый дефицит возникает при более или менее ранней потере родителей, смерти отца или матери; но они возникают также и при разочаровании в родителях, отсутствии отцов, при душевнобольных родителях, при родителях, которые сами пережили тяжелые травматические события (например, в семьях жертв Холокоста это описано вплоть до третьего поколения), а также у детей преступников.

Чтобы лучше понять появление дефицитов в развитии детей, обратимся к современной психологии самости (см. главу II. 5.4), где особо выделяются нарциссические потребности для подтверждения нашего

[1] Так называется новелла Томаса Манна, написанная в 1925 и опубликованная в 1926 г. – *Прим. ред.*

чувства собственной значимости. Здесь мы перечислим наиболее важные человеческие потребности:

1) потребности в отзеркаливании, когда мы желаем, чтобы значимые для нас люди отразили то, что психологически наиболее важно для нас в данный момент;
2) потребности в идеализации, которые реализуются тогда, когда значимые для нас люди восхищаются нами, причем, возможно, несколько сильнее, чем это допустимо в данной ситуации;
3) потребности в равенстве и принадлежности; это желания в отношении значимых для нас людей, чтобы они разделяли с нами то, что для нас важно, придерживались наших взглядов, переживали точно так же, как мы сами.

Если принять во внимание эти элементарные потребности, то в свете господствующих общественных условий и семейных отношений наших сегодняшних пациентов вскоре станет ясно, чего им не хватает, какими дефицитами они страдают. Мы решаем проблемы пациентов, страдающих психоматическими заболеваниями (см. главу VII.6), жалующихся на чувства пустоты, бессмысленности и бесполезности; людей, для характеристики которых мы находим различные клинические термины, такие как депрессия, алекситимия (буквально: неспособность ощущать и понимать чувства), «pensée opératoire» (инструментальное мышление), синдром Пиноккио, ипохондрия, синдром пограничных состояний или нарушение структуры Я. Некоторые даже весьма прозаически говорят о «дыре» в Я. Например, Кинстон и Коен (Kinston & Cohen, 1986) констатировали наличие такой «дыры» у пациентов с элементарными структурными дефицитами (дефектами) в так называемых объектно-нарциссических состояниях. Напомним также термин Микаэла Балинта (1970) «базовый недостаток, или дефект». Иногда встречающийся перевод «основное расстройство», немецкий термин Grundstörung, к сожалению, неудачен и не передает смысл этого «базового недостатка».

8.3. Структурные дефициты: куда пропала невротическая психодинамика?

Здесь мы имеем дело не столько с бессознательными конфликтами, сколько с особыми структурами. Описанное Кернбергом подразделение на невротические, пограничные и психотические структуры мы обсудим позже (глава VII.3); здесь же мы познакомимся с современной и удобной для использования классификацией Герда Рудольфа

(Rudolf, 2004, S. 78 и далее), производной от ОПД (операционализированная психодинамическая диагностика), которая выделяет хорошо, умеренно и мало интегрированные, а также дезинтегрированные структуры. Расплывчатому понятию «структура» здесь дается четкое определение: структура – это совершенно конкретные дифференцирующие, регулирующие и интегрирующие навыки и умения или функции, которые доступны человеку в большей или меньшей степени. Важнейшими из них мы считаем следующие:

1) умение воспринимать самого себя и воспринимать других людей (саморефлексия, представление о себе, образ своего тела, регуляция самооценки, идентичность);
2) умение вступать в отношения, интериоризировать и разрывать их (коммуникабельность, дифференциация самости и объекта, эмпатия, интернализация, взаимность, расставание и освобождение);
3) умение воспринимать свои и чужие аффекты, выдерживать, дифференцировать, выражать их и управлять ими (дифференциация аффектов, аффективная толерантность, управление импульсами, выражение аффекта);
4) умение защищать самого себя с помощью соответствующих межличностных и интрапсихических механизмов.

Невозможно не заметить здесь сходства с психоаналитической психологией самости (см. главу II. 5) и с результатами исследований младенцев (см. главу IV. 5), например, когда делается акцент на эмпатии родителей как условии здорового структурного развития детей. Особенно важны для понимания структурных дефицитов следующие специфические функции, выведенные на основании практики (Rudolf, 2004, S. 17 и далее):

1) умение выразить себя и «достучаться» до значимого объекта;
2) опыт уважения, понимания, успокоения и утешения со стороны других людей;
3) умение совместно с другим человеком эмоционально переживать и оценивать складывающуюся ситуацию;
4) способность установления контакта со своим телом;
5) умение подобающим образом дифференцировать аффекты, описывая их вербально.

У людей, страдающих структурными дефицитами, названные в подпунктах 1–4 функции, ограничены: они или не полностью развиты, или заблокированы защитными процессами (там же, S. 51 и далее).

При лабильной самооценке другие люди и их аффекты иногда становятся невыносимыми, особенно если они слишком вторгаются в личное пространство человека (базовый конфликт близости), если существует чрезмерная привязанность (базовый конфликт привязанности), если есть угроза своей собственной автономии, если нет уверенности в собственной идентичности (базовый конфликт идентичности). Исходя из способностей, упомянутых в данном разделе (подпункты 1–4 и 1–5), структурные расстройства можно разделить на четыре группы:

1) хорошо интегрированные;
2) умеренно интегрированные;
3) мало интегрированные;
4) дезинтегрированные.

9. Себялюбие: психоаналитическая теория нарциссизма

9.1. Классическая теория

Фрейд использовал понятие «нарциссизм» в нескольких смыслах. Нарциссизмом он называет стадию развития (предобъектную), разновидность психопатологии (ипохондрию, перверсию, шизофрению), объектное отношение (гомосексуальность). Не всегда ясно, когда Фрейд использовал понятие нарциссизма в генетическом, когда в структурном, а когда в динамическом и психопатологическом смысле (Sandler, 1991). Вначале Фрейд определяет нарциссизм как такой вид объектных отношений, когда Я любит объект постольку, поскольку он похож на него. Фрейд описывает один тип гомосексуального выбора объекта, при котором либидинозные взаимоотношения между ребенком мужского пола и его матерью устраняются путем идентификации, и впоследствии мальчик выбирает объекты, похожие на него. В них он любит себя так, «как его любила мать, когда он был ребенком. Мы говорим, что он находит свои объекты любви, идя по пути нарциссизма» (Freud, 1910, S. 169). При анализе случая Шребера выдвигается концепция нарциссизма как стадии развития либидо,

«которая находится на пути от аутоэротизма к объектной любви… Для стадии нарциссизма характерно, что ради обретения объекта любви развивающийся индивидуум, который объединил свои работающие аутоэротически сексуальные влечения в некую единицу, вначале в качестве объекта любви выбирает

самого себя, собственное тело и только потом переходит к выбору объекта в другом человеке. По-видимому, такая переходная стадия между аутоэротизмом и выбором объекта неизбежна <…> а дальше путь лежит к выбору объекта со схожими гениталиями, т. е. через выбор гомосексуальных объектов к гетеросексуальности» (Freud, 1911c, S. 296 и далее).

Нарциссизм здесь обозначает период, когда центральное место занимают усилия, направленные на достижение психической интеграции: в объекте и посредством объекта должно крепко соединяться несовместимое.

В работе «О введении понятия „нарциссизм“» (1914) Фрейд различает первичный и вторичный нарциссизм как стадии развития. Здесь же он разрабатывает эту и ряд других гипотез на материале исследования шизофрении и высказывает предположение о такой последовательности развития: ауэтоэротизм – первичный нарциссизм – объектная любовь (гомосексуальная и гетеросексуальная) – отведение либидинозной энергии от объектов: вторичный нарциссизм. Фрейд предполагает,

«что у индивида сначала отсутствует какой-либо элемент, сравнимый с Я; Я должно сформироваться. Но аутоэротические влечения присутствуют с самого начала; таким образом, для того чтобы возник нарциссизм, к аутоэротизму должно прибавиться еще что-то, какое-то новое психическое действие» (Freud, 1914c, S. 142).

«Я-идеал» становится заменой потерянного детского нарциссизма. В этой же работе Фрейд проводит также различие между «выбором объекта по типу подражания» и по «нарциссическому типу», когда Я любит объект, похожий на себя или на свой идеал. Фрейд называет первичный нарциссизм безобъектным; правда, одновременно (там же, S. 123) настаивая на том, что первоначальные отношения – это отношения с материнской грудью, которая становится прообразом всех позднейших отношений любви, так что аутоэротизм и первичный нарциссизм – это уже не безобъектное состояние, они тоже вторичны (Wahl, 1985).

9.2. Современные разработки

Последователи Фрейда продолжили разработку различных аспектов его концепции: генетического, динамического, структурного и психопатологического. Возможность существования безобъектного первичного нарциссизма оспаривают прежде всего сторонники теории объектных отношений, такие как М. Кляйн, Р. Фэрберн и М. Балинт. Они изложили свои собственные представления о нарциссическом

развитии, например, можно назвать концепцию первичной объектной любви М. Балинта, стадию зеркала Ж. Лакана. Основой для них послужила идея Хартманна, который отличал самость от Я и определял Я через его функции, а самость как всю личность человека. Подход Хартманна получил свое дальнейшее развитие в теории репрезентантов (Якобсон, Сандлер, Малер, Кернберг). Хартманн определял нормальный нарциссизм как наполнение самости либидинозной энергией, положительными аффектами. Самость же, напротив, представляет собой интрапсихическую структуру, которая образуется из репрезентантов самости, репрезентантов объектов и из связанных с ними аффектов. Репрезентанты – это аффективно-когнитивные структуры,

> «которые отражают самовосприятие человека в его реальном взаимодействии со значимыми лицами и в воображаемых интеракциях с внутренними репрезентантами этих других людей, так называемыми репрезентантами объектов. Самость – это составная часть Я, в котором, кроме этого, есть и другие структурные элементы, а именно упоминавшиеся ранее репрезентанты объектов, а также представления об идеальной самости и идеальном объекте» (Kernberg, 1975, S. 358).

В этом подходе у самости, наряду с либидинозными, есть также агрессивно нагруженные аспекты, а интегрированная самость состоит из сочетания хороших и плохих репрезентантов.

Дальнейшей разработке подвергся и аспект фрейдовской теории о нарциссизме как о периоде галлюцинаторной интеграции на основе нарциссических идентификаций, который в ходе дальнейшего развития, путем проработки «отношений между впечатлениями от объектов» (1911b, S. 233 и далее) должен приводить к реальной, «целесообразной» интеграции. Бик (Bick, 1968) и Анцьё (Anzieu, 1985) считали, что так называемому поверхностному, или «кожному», Я во время формирования идентичности отводится особая «сцепляющая», интегративная функция, так как примитивное («аутоэротическое») Я ощущает себя раздробленным, разобщенным. При этом тело является первичным объектом, который может быть интернализован как внутренний объект, если ребенок вступит с ним в отношения. Розенфельд (Rosenfeld, 1987) и Грин (Green, 2002b) подчеркивают, что цель либидинозного, позитивного нарциссизма – формирование когерентной самости, и отличают его от деструктивного варианта нарциссизма. Огден предлагает такую схему развития, в которой младенец развивается, проходя стадии от нарциссической идентификации (Freud, 1914c, 1916–1917g: объект ощущается как расширение самости) через промежуточную стадию нарциссической формы связанности с объектами до стадии «более зрелой формы объектной любви» (Ogden, 2002, S. 773 и далее).

Сегодня можно выделить 4 разные теории нарциссизма (Grinberg, 1991).

1. В соответствии с моделью, ориентирующейся на теорию объектных отношений, первичный и вторичный нарциссизм рассматриваются как примитивные объектные отношения, для которых характерны всемогущество, отрицание как разобщенности с объектом, так и различий между самостью и объектами, а также зависть и агрессия. Такой патологический, злокачественный нарциссизм отличают от его либидинозной, позитивной версии, способствующей развитию (посткляйнианцы, Грин). Изучение либидинозного и агрессивного, злокачественного нарциссизма в кляйнианской и посткляйнианской теории опирается по большей части на исследования Розенфельда, проведенные им в 1960–1970-е годы. Он особо глубоко проработал значение интроективной и проективной идентификации при нарциссических состояниях. Эти идентификации служат отрицанию и устранению любой разобщенности (в случае психозов) и любых различий самости и объекта (в случае пограничных и нарциссических расстройств личности). Кроме того, все нарциссические состояния характеризуются отрицанием, избеганием проработки депрессивной позиции, а также эдипова комплекса; другими словами, здесь отрицается как зависимость, амбивалентность по отношению к доброму объекту, так и сильная зависть, возникающая на основе этих зависимостей. Причем Розенфельд, как до него М. Кляйн, считает, что зависть является клиническим и интрапсихическим проявлением метапсихологической концепции влечения к смерти, наиболее ранним проявлением агрессии в объектных отношениях. С такими нарциссическими состояниями чаще всего связан идеализированный образ собственной самости, причем любые аспекты самости, идущие вразрез с этой идеализацией, отрицаются, отщепляются и проецируются. Когда такая идеализация образа Я дополнительно подкрепляется еще и агрессивными импульсами, т. е. одновременно идеализируются также деструктивные, всемогущие аспекты самости, то Розенфельд говорит о злокачественном, деструктивном нарциссизме. Суть его в том, что агрессивно нагруженные и одновременно идеализированные части самости постоянно оказывают давление на либидинозные, склонные к зависимости аспекты самости и атакуют их (Rosenfeld, 1964, 1971, 1987). По мнению Розенфельда, в случае патологического, злокачественно нарциссизма возникает идеализированное представление о себе как результат слияния и интроекции исключительно злых частичных образов Я и частичных образов объектов, тех структур взаимоотношений, для которых весьма характерна печать неинтегрированной зависти. Кроме того, кляйнианские авторы усматривают тесную взаимосвязь между всемогуществом и нарциссизмом, так как проективная идентификация всемогуще (отрицая

реальность) перемещает нежелательные части самости и внутренних объектов во внешние объекты, идентифицируя их с этими объектами.

Эта концепция получила развитие у Стайнера (Steiner, 1993) в его теории патологической организации личности как высокоорганизованной нарциссической защитной позиции. «Место психического отступления» используется для того, чтобы не поддаваться чувству вины и страхам, присущим параноидно-шизоидной и депрессивной позициям, а также чтобы уклоняться от экстремальных переживаний стыда. Эта позиция избегания является нарциссической, так как она основана на патологической идеализации одного из защитных механизмов и отрицании основных фактов человеческой жизни (таких как зависимость от доброго объекта, существование половых различий и различий между поколениями, репродуктивная функция родителей, а также время и смерть). Стайнер, как и Розенфельд, предполагает, что положительные либидинозные аспекты как самости, так и объектов одновременно и отрицаются, и обесцениваются.

Эта позиция подверглась критике, прежде всего со стороны психологии самости, психологии Я и теории объектных отношений (Kernberg, 1984). Особенно критиковался вывод о первичной агрессии как производном влечения к смерти, а также о том, что описанные нарциссические состояния формируются якобы на первом году жизни. Кроме того, высказывалось замечание, что Розенфельд не проводит структурных и динамических различий между нарциссическими и психотическими состояниями. Нарциссические состояния (и здесь можно согласиться с Кернбергом) отрицают не разобщенность, а инакость самости и объекта. Если считать психотические состояния также нарциссически структурированными (в том смысле, что интроективная и проективная идентификации делают размытыми границы между самостью и объектом), то есть основания предполагать, что нарциссически-психотические состояния, кроме инакости, отрицают еще и разобщенность самости и объекта.

2. Во второй теории (Лакан, Грунбергер, Шассеге-Смиржель, Оланье, Макдугалл) акцент делается на том, что первичный нарциссизм обозначает самую первоначальную, пренатальную стадию развития человека, включая желание вернуться в то гармоничное первичное состояние. Грунбергер (Grunberger, 1988) считает, что корни нарциссизма уходят в пренатальное существование, идеальное состояние гармоничного единства и счастья, когда потребности мгновенно удовлетворяются еще до того, как они были замечены и восприняты. В нарциссическом состоянии объект не воспринимается как нечто отдельное, самостоятельное. Эта первичная стадия приравнивается к внутриутробному состоянию, которое представляется бесконфликтным, безграничным, лишенным отпечатка времени, а также безобъектным, а потому и автар-

ческим. По мнению Грунбергера, человек пытается вернуться в это состояние, добиться нарциссической компенсации утерянного. Поэтому в эдипальной ситуации, как он считает, кроется нарциссическое измерение в том смысле, что запрет на инцест должен оградить самость от повторного переживания первоначальной нарциссической травмы, переполненной страхами, виной и стыдом. Психическое достижение ребенка (и эдипова комплекса, подталкивающего к структурированию психики) состоит в том, что в символической форме выражается запрет, который должен позволить справиться с превербальной травмой (абсолютной беспомощностью и зависимостью раннего нарциссического развития от материнского объекта). Различные формы страхов перед кастрацией и зависть к пенису являются выражением невозможности реализовать желание добиться гармоничного, первично-нарциссического состояния, которое, по Грунбергеру, характерно для пренатального существования. Лакан и Грунбергер считают, что оба пола должны принять такого рода символическую кастрацию и оплакать утрату нарциссической целостности. Грунбергер рассматривает также агрессивный, деструктивный вариант нарциссизма и постулирует его биполярность. Агрессивный нарциссизм пытается овладеть объектом, принуждая его служить своей цели – достижению нарциссического совершенства.

3. Приверженцы третьей теории (психологии самости) выдвигают гипотезу о том, что всемогущество и совершенство первичного нарциссизма замещаются и модифицируются величественной самостью, а также идеализированными имаго родителей. Истоки идеи Кохута (Kohut, 1971), что объектное либидо и нарциссическое либидо имеют общее происхождение, а впоследствии развиваются отдельно и совершенно независимо друг от друга, можно, в конечном итоге, обнаружить в представлении Фрейда о том, что сначала существует нарциссическое либидо, а только потом возникает объектное либидо (см. главу IV.5).

4. Четвертая теория нарциссизма (Якобсон, Малер, Кернберг), в отличие от предыдущих, основана на положении, что величественная самость, а также идеализированные имаго родителей не являются «обычным» результатом развития первичного и вторичного нарциссизма или либидинозным наполнением архаических структур. В отличие от психологии самости в этой теории подчеркивается значение как либидинозных, так и агрессивных импульсов влечений, отвергается идея нарциссической линии развития, независимой от развития агрессивных влечений и развития объектных отношений. Нормальный нарциссизм представляет собой либидинозный заряд самости, положительное отношение к этой структуре, которая содержит как аспекты, заполненные либидо, так и аспекты, заполненные агрессией. Необходима интеграция хороших и плохих аспектов самости в единую самость. В противоположность этому патологические нарциссические состояния являются

выражением либидинозной нагруженности патологической структуры, находящейся в самости, – величественной самости. Это сгущение, конденсация представлений о реальной самости, идеальной самости и об идеальных объектах. Обесцененные и агрессивно нагруженные репрезентанты самости и объектов отрицаются и отщепляются или проецируются. Тем самым упускается возможность нормальной интеграции либидинозно и агрессивно нагруженных репрезентантов самости и объектов. В нормальной самости содержатся либидинозно и агрессивно нагруженные и интегрированные репрезентанты самости и объектов, чего не бывает в случае патологического нарциссизма, при котором доминирует патологическая структура – грандиозная самость. В отличие от этого у людей с синдромом злокачественного нарциссизма (например, с антисоциальным личностным расстройством, которое часто встречается у уголовников, насильников, участников мафиозных структур и т. п.) величественная самость не наполнена либидо, а переполнена деструктивной агрессией, которая для получения удовлетворения должна быть отведена на других людей. В нарциссических состояниях, как в «нормальных», так и в психопатологических, всегда существует динамическое взаимодействие между репрезентами самости и объектов и внешними объектами, а также между либидинозными и агрессивными конфликтами влечений.

Нормальный и патологический нарциссизм представлены на рисунках 7 и 8.

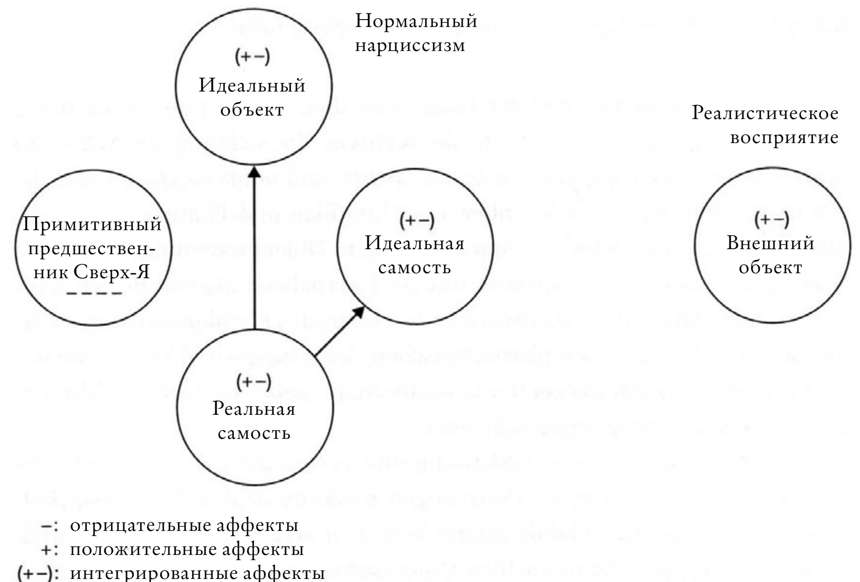


Рис. 7. Нормальная регуляция самооценки (модифицированная схема Кернберга – Kernberg, 1989)

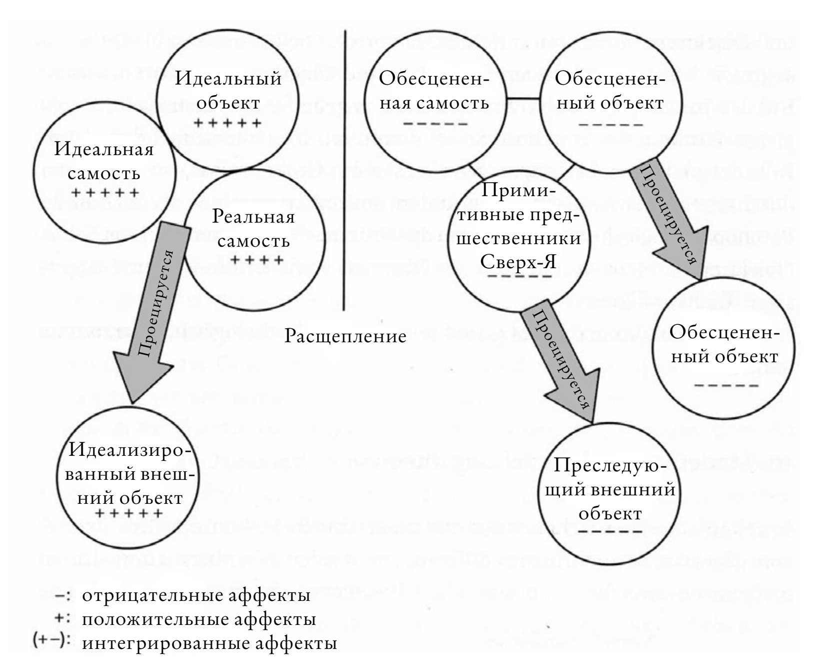


Рис. 8. Патологический нарциссизм (модифицированная схема Кернберга – Kernberg, 1989)

10. Современные теории объектных отношений

В настоящее время в психоанализе можно выделить три разные теории и соответствующие им три понятия объектных отношений (Kernberg, 2001). В целом, все теории объектных отношений занимаются (если рассматривать с точки зрения психологии развития и психогенетических аспектов) вопросом влияния внутренних и внешних репрезентантов объектов на психическое развитие самости. Так, например, Фрейд различает, хотя и в неявной форме, оральный, анальный и эдипальный объект и связанные с ними бессознательные конфликты и фантазии, приводящие к структурированию психического аппарата. Следуя этой логике, теория объектных отношений изучает интернализацию опыта отношений в период психического развития маленького ребенка, структурообразующее влияние этого опыта, типичные для определенной стадии конфликты в отношениях, а также реактуализацию интернализованных объектных отношений в процессах переноса/контрпереноса.

Второе, более специфическое значение понятия объектных отношений (кляйнианцы, сторонники психологии Я, современные представители структурной теории, приверженцы психологии развития,

члены группы независимых психоаналитиков) делает главный упор на структурирующее воздействие интернализованных объектных отношений и на важность бессознательных фантазий. В рамках этой модели (только что упомянутого второго, более специфического значения) особенно выделяется кляйнианская позиция. Она в бóльшей степени сосредоточена на развитии и структуре внутренних объектов, в то время как психология Я традиционно уделяет больше внимания исследованию любых влечений (оральных, анальных, фаллически-нарциссических и т. д.).

Третий подход пытается интегрировать кляйнианские позиции и позиции психологии Я с установками теории объектных отношений. Кернберг, продолжая традиции Якобсон (Jacobson, 1964, 1971) и Малер (Mahler et al., 1975), а также Кляйн (Klein, 1962), предпринимает попытки интеграции теории влечений и репрезентантов (из психологии Я) с кляйнианской теорией. По Кернбергу, все либидинозные и агрессивные стадии развития зависят от судеб интернализованных объектных отношений. Только ранняя нейтрализация (десексуализация, деагрессификация) импульсов влечений способна обеспечить интеграцию репрезентантов самости и объектов. В основном Кернберг следует в русле фрейдовской дуальной теории влечений, рассматривая влечения как мотивационные системы более высокого уровня, а аффекты – как организующие компоненты. По Кернбергу, в отличие от Фрейда, не влечения, а аффекты являются основными психическими элементами. Они также являются структурными компонентами, которые затем организуют комплексные влечения и тем самым образуют более высоко организованные мотивационные системы. По Кернбергу, интрапсихический конфликт состоит не просто из компонентов защиты от влечений – Я против Оно или Я против Сверх-Я и т. д., – а существует между различными репрезентантами самости и объекта. При этом одина единица, состоящая из репрезентантов самости и объекта, представляет сторону желаний или влечений, а другая – защитную сторону. Таким образом, с позиции теории объектных отношений интрапсихический конфликт – это не конфликт по схеме импульс–защита; он всегда бывает проявлением интернализованных объектных отношений, которые завязаны на влечения и находятся в конфликте с другой единицей, состоящей из защитных репрезентантов самости и объектов. Формирование ментальной сферы понимается как развитие интрапсихических представлений о репрезентантах самости и объектов, проистекающих из первоначальных диадных отношений матери и ребенка и раскрывающихся через другие, более дифференцированные диадные, затем триадные, а также триангулярные структуры.

Существенные различия между основными течениями, существующими в рамках теории объектных отношений, связаны с подходами

к решению вопросов о первичных мотивирующих силах в психической жизни человека (влечения и аффекты против объектных отношений), о существовании первичной или, напротив, вторичной агрессии (агрессии, вызывающей фрустрацию), о значении внешней реальности для формирования психических структур (бессознательные фантазии и внутренние объекты против реальных взаимоотношений с внешним миром), с пониманием переноса и контрпереноса, а также с использованием таких понятий психологии развития, как интернализация, эдипальная структура, и, наконец, с понятиями конфликта и психопатологии.

В кляйнианской теории объектных отношений особое значение придается бессознательной фантазии и внутренним объектам (Hinshelwood, 1989; Bott Spillius, 2002), и это отличает ее от других разновидностей теории объектных отношений. Определенные различия существуют уже во взглядах Фрейда и Кляйн на бессознательную фантазию. У Фрейда бессознательная фантазия означает что-то вроде бессознательного желания или предсознательных дневных грез. Фрейд считал, что фантазии происходят из сознательных или предсознательных дневных грез, которые затем вытесняются из-за их конфликтного характера. Тем самым Фрейд связывает понятие фантазии с моделью невротического конфликта. Фантазии в этом понимании часто оказываются компромиссными образованиями, в возникновении которых участвуют различные инстанции и системы. Но, по Фрейду, фантазии уже содержатся в бессознательном; существуя в виде представлений они являются здесь психическими репрезентантами влечения. Тем самым Фрейд в большей степени, чем Кляйн, усматривает корни бессознательной фантазии в бессознательных желаниях, в первичных мотивирующих силах, в психических репрезентантах влечений. Однако в своей концепции первичных фантазий Фрейд придерживался несколько иной точки зрения. Он считал, что существуют определенные филогенетически унаследованные первичные фантазии (фантазии о первичной сцене, кастрации и сексуальном совращении), которые оказывают структурирующее воздействие на психический аппарат.

Кляйн, напротив, видит в бессознательной фантазии первичные побудительные силы для всех психических действий. Кляйн считает, что определенные рудиментарные формы бессознательных фантазий являются врожденными и с самого начала жизни структурируют внутренние переживания и межличностные отношения. По мнению Кляйн, эти бессознательные врожденные фантазии гораздо сильнее влияют на психическое развитие младенца, чем внешние, реальные воздействия со стороны объектов. Внешние объекты необходимы для того, чтобы смягчить или скорректировать архаическую власть и кон-

кретность врожденных бессознательных фантазий. В работе Айзекс (Isaacs, 1952) было дано определение кляйнианского понимания бессознательной фантазии, были установлены его многочисленные связи, а также принципиальные различия с фрейдовским пониманием фантазии. В этой работе фантазия определяется как первичное содержание бессознательных психических процессов и как психическое соответствие и репрезентант влечения. В этом определении фантазии эквивалентны репрезентантам влечения, представлениям и аффектам в фрейдовском понимании. Такое определение понятия фантазии дало возможность Кляйн выйти на теорию бессознательных внутренних объектов:

«Бессознательная фантазия – это подтверждение активности конкретно ощущаемых „внутренних“ объектов… Телесное ощущение влечет за собой психическое переживание, которое интерпретируется как отношение с объектом, с тем объектом, который вызвает это ощущение; который любит или ненавидит в зависимости от того, добрые или злые у него намерения… Так, неприятное ощущение психически репрезентируется отношениями с неким „злым объектом“, который стремится оскорбить субъект или причинить ему вред… И наоборот, младенец, когда его кормят грудью, ощущает некий объект, который мы можем идентифицировать как мать или молоко; но младенец идентифицирует его как некий объект в своем животике, у которого добрые намерения и который хочет доставить ему (младенцу) приятные ощущения» (Hinshelwood, 1989, S. 42).

Такие бессознательные фантазии характеризуются всемогуществом: желать означает сразу же реализовать, подумать – сделать, причем все это происходит одновременно. Эта теория бессознательной фантазии получила значительное развитие в теории мышления, разработанной Бионом (см. главу II.5). С помощью механизмов интроекции и проекции, действий, в которых проявляются одновременно бессознательные фантазии и объектные отношения, постепенно образуется сложный мир фантазий и отношений между внутренними объектами и самостью. Такой внутренний мир соответствует фрейдовской концепции «психической реальности» и структурирует переживания и поведение намного сильнее и дольше, чем реальные внешние воздействия. Мир внутренних объектов – это расширение фрейдовской бессознательной психической реальности с применением положений теории объектных отношений. Затем, в ходе дальнейшего развития кляйнианской теории объектных отношений, была совершена попытка сформулировать все описанные Фрейдом импульсивные (инстинктивные) желания, а также и защитные механизмы Я в понятиях бессознательных фантазий и внутренних объектных отношений, в отдельных механизмах защиты отыскать всю

гамму сложных неосознаваемых объектных отношений и бессознательных фантазий о них. По этой теории, внутренние объекты – это «предопределенные судьбами бессознательных (обусловленных влечениями) фантазий внутренние переживания внешних объектов» (Bacal & Newman, 1990, S. 81). Так же как и репрезентанты самости и объектов (теория репрезентантов Сандлера), они обладают качеством психического репрезентатора, при этом, правда, они конкретнее, чем внутренние картины представлений. Из этого определения бессознательной фантазии кляйнианская теория объектных отношений делает вывод, что «вся психическая активность <…> основывается на фантазийных отношениях с объектами, включая образы восприятия, которые в фантазии представляются как конкретная, прочувствованная телом предварительная форма психического запечатления, и мысли, которые переживаются как объекты» (Hinshelwood, 1989, S. 41).

В подходе к стадиям психического развития, нарциссизма и эдипальной позиции кляйнианская теория объектных отношений также существенно отличается от других теорий объектных отношений (Roskamp & Wilde, 1999). Теория Кляйн о позициях развития, которые, в отличие от разработанной Фрейдом концепции стадий развития, никогда до конца не преодолеваются и не завершаются, а динамично проявляются в течение всей жизни, обозначает когнитивно-аффективные, психические состояния Я (страхи, защиту, интернализованные объектные отношения). Параноидно-шизоидная позиция характеризуется нарциссично структурированными объектными отношениями. В отличие от Фрейда Кляйн предположила, что не существует первично-нарциссической стадии, которая была бы дообъектной, бесконфликтной и свободной от страхов. В параноидно-шизоидной позиции на первый план выходит страх перед уничтожением самости «злыми» объектами и аспектами самости. Постепенно идеализация доброй самости и добрых объектов переходит в реалистическое восприятие, позволяя возникнуть столь важному для развития доброму внутреннему объекту. На этой стадии развития формируются отношения с так называемыми частичными объектами, с конкретно ощущаемыми внутренними объектами, которые чаще всего сопоставляются с частями тела или внутренними органами. А в депрессивной позиции на первый план выдвигается переживание амбивалентности, интеграция аспектов самости и объектов, которые воспринимаются как добрые или злые. Здесь страх связан с сохранением объекта, с его утратой или виной из-за возможного нанесения ему вреда, а также с последующими попытками исправить ситуацию. Нарциссически структурированные отношения, основанные на проекциях частей самости и интроекции частей объектов (и потому нарциссические по своей сути, см. работу Фрейда о Леонардо – Freud, 1910c), подвергаются модификации

и уступают место объектным отношениям, характеризующимся заботой об объекте и самости.

Концептуализация эдипальной стадии и эдипальной позиции также отходит от фрейдовского представления и других теорий объектных отношений. Бриттон (Britton, 1992) строит модель, которая связывает друг с другом динамику, структуру и качество объектных отношений, характерных для депрессивной позиции и эдипальной ситуации. Все три позиции (параноидно-шизоидная, депрессивная, эдипальная), по мнению кляйнианцев, никогда полностью не преодолеваются, а находятся в динамическом взаимодействии. Общие структурные моменты депрессивной позиции и эдипальной ситуации обнаруживаются в переходе от отношений с частичными объектами к отношениям с целостными объектами, в выявлении амбивалентности и интеграции самости. Представления о самости и объектах, полностью расщепленных в параноидно-шизоидной позиции на идеальные, только добрые, и преследующие, злые, в депрессивной и эдипальной ситуации уступают место их интеграции: «В депрессивной позиции приходится отказываться не только от обладания объектом, но и от мечты о полном обладании страстно желаемым родителем» (Roskamp & Wilde, 1999, S. 179). В депрессивной и эдипальной ситуации необходимо будет признать свою разделенность с объектом и его инакость, а также тот факт, что объект поддерживает с другими объектами разнообразные отношения, из которых исключена самость. Эта основополагающая структура признания разобщенности и инакости образует общий структурный элемент для депрессивной и эдипальной ситуации и ведет к признанию трех основных «фактов человеческой жизни» («facts of life» – Roger Money-Kyrle): груди как потенциально доброго объекта; творческого характера отношений родителей, которые способны зачать ребенка и подарить ему жизнь; смерти. Триангулярная структура объектных отношений также представляет собой общий элемент эдипальной и депрессивной позиции.

VII. Психоаналитическое учение о болезнях

Только болезнь проверяет здоровье человека.

И. В. Гёте. Дневник

1. Общее учение о неврозах

1.1. Страх и защита

В цепи причин, от возникновения конфликтной ситуации, послужившей «пусковым механизмом» для невротического заболевания, до его последующего внешнего проявления, важную роль играют страх и механизмы защиты. Нет страха – нет невроза.

Страх может нагрянуть внезапно, захватывая всего человека и полностью лишая его возможности контроля. Остается только наблюдать за как бы автоматическим развертыванием приступа страха. Мы оказываемся беспомощными и бессильными что-либо сделать.

Когда человек теряет контроль над страхом, возникает паника. Это отбрасывает нас назад, в ранее испытанное состояние, которое, как мы думали, мы уже давно преодолели.

Однако страх может оказаться и осмысленным, целесообразным сигналом, предупреждающим об опасности, который мы, сохраняя полный контроль над своей психикой, воспринимаем и соответствующим образом перерабатываем, чтобы достойно противостоять этой опасности.

Упомянутый в начале этой главы автоматически срабатывающий неконтролируемый страх, сопровождающийся паникой, соответствует очень ранним архаическим ступеням развития. Способность испытывать сигнальный страх предполагает определенную зрелость личности. Если первая из упомянутых форм страха полностью берет верх над Я, то сигнальный страх служит интересам Я – ведь он же защищает Я от опасностей.

Однако подобная защита от опасностей предполагает также наличие способности противостоять опасностям. У детей такой навык еще не сформировался. Поэтому совершенно очевидно, что в детском возрасте страх – это широко распространенный феномен. Каждый из нас испытал его на собственном опыте и может ежедневно наблюдать его у детей из ближайшего окружения. Это страх темноты, одиночества, привидений, которые могут преследовать и убивать людей, боязнь грозы, воров и т. д. Детское Я не располагает такими способами поведения, которые позволяли бы соответствующим образом справляться с подобными страхами.

В своем бедственном положении ребенок изобретает определенные психические механизмы, которые, если срабатывают, защищают его от страха. Это делает страх хотя бы переносимым, пусть даже за это и приходится платить определенную цену, какую – скоро узнаем. Для своей защиты от опасности Я как бы возводит защитный вал, за который можно спрятаться. К тому же этот защитный вал, образно говоря, должен быть сконструирован таким образом, чтобы эффективно отбивать атаки страха (защита Я, или защита самости). Опасность необязательно всегда приходит извне. Она может исходить и изнутри, из собственной психической сферы. Так что нам нужно различать защитные валы от внешних и внутренних опасностей.

Какие формы страха мы можем выделить? Страх перед наказанием, страх получить травму (страх перед кастрацией), страх испытать стыд (смущение), страх потерять любовь. Причину защиты надо искать в чувствах вины и стыда.

Давайте вчувствуемся в состояние подвергающегося опасности Я, на которое «наседает» Оно, принуждая реализовать такие импульсы, как, например, испачкать все вокруг калом; чтобы избавиться от страха наказания за это, Я будет делать все возможное, чтобы воспрепятствовать реализации этих импульсов. Мы говорим: Я реагирует в форме ответной реакции, формирования реакции. Это означает, что Я реагирует на побуждения перепачкать все калом прямо противоположным образом: человек становится фанатиком чистоты.

Такой защитный механизм, как «изоляция», состоит в том, что представления или фантазии изолируются от связанного с ними аффекта. Это может быть собственно аффект страха или аффекты, связанные с чувствами вины и стыда, а возможно, аффекты радости или печали. Приведем пример из практики повседневной жизни: допустим, я испытываю ярость по отношению к кому-то из друзей и поэтому хотел бы оскорбить его. Но мой идеал не позволяет мне этого, ведь я же люблю своего друга. Чтобы защитить его, я изолирую аффект «ярость» от представления «друг». «Невротический» выигрыш состоит в том, что аффект ярости изолирован от представления о друге. Тогда ярость

сама по себе становится не настолько опасной, как ярость, связанная с представлением «друг».

В защитном механизме «смещение» страх вызывает уже не та ситуация, в которой он первоначально возник, например перед отцом, жестоко обращающимся с ребенком, а другая ситуация, например с собакой, когда та действительно представляет опасность для ребенка. Подобное смещение страха на собаку, особенно характерное для фобии, в конечном итоге позволяет добиться исчезновения страха перед жестоким отцом. Если ребенку не попадается на глаза собака, то он не испытывает никакого страха. Смещения особенно часто проявляются в сновидениях, например, когда некое мучительное для сознания содержание перемещается на менее тягостное. Вся наша жизнь переполнена такого рода смещениями. К каким только трюкам мы не прибегаем, например, когда не можем вспомнить определенную фамилию, забываем, куда положили нужную вещь, или оговариваемся. Фрейд (Freud, 1901b) описал подобные случаи в книге «Психопатология обыденной жизни».

Еще один важный механизм защиты – это проекция. Она состоит в том, что мы проецируем неприятные для нас влечения, т. е. переносим их на других людей. Но из-за этого другой человек, на которого мы спроецировали, воспринимается нами не таким, какой он есть на самом деле, а искаженно, в соответствии с нашими представлениями о нем. Опыт психоанализа показывает, что подобные механизмы проекции встречаются очень часто. В настоящее время действенность механизма проекции была доказана экспериментально с помощью тонких психологических исследований, например с помощью методики «семантического дифференциала». Так, было показано, что образ психоаналитика изменяется во время процедуры анализа за счет того, что в него проецируется образ отца. В групповом психоаналитическом лечении участники могут сделать одного из них «козлом отпущения», а затем неожиданно обнаруживают, что приписали этому человеку нечто такое, что изначально находилось не в нем, а в них самих. После осознания этого процесса измененному вследствие проекции восприятию одним человеком другого соответствует и его измененное понимание: спроецированные в другого человека части личности регистрируются уже не как сексуальные и агрессивные импульсы этого человека, а как свои собственные. Впрочем, защитный механизм проекции, в отличие от защитных механизмов вытеснения, формирования реакции и изоляции, очень часто нацеливает наши усилия на другого человека. Речь идет о так называемом механизме межличностной защиты, в противоположность таким процессам защиты, которые разворачиваются только в нас самих интрапсихически или моноперсонально. Однако проекции могут относиться не только к другим людям, но и к учреждениям, обществу в целом или его составным частям, например, правительству,

парламенту, отправлению правосудия или школе, семье, промышленности и экономике. Всегда в тех случаях, когда люди слишком сильно проклинают или идеализируют подобные учреждения, возникает подозрение, что здесь определенную роль играют бессознательные проекции. Поэтому психоанализ может внести определенный вклад в реалистическое восприятие политических процессов. В первую очередь за это ответственны политологи и социологи. Однако и психоаналитики при особо преувеличенных, слишком частых и откровенных идеализациях или обесцениваниях определенных институтов нашего общества могут высказывать осторожное предположение о возможном участии в этом бессознательных проективных процессов, например при преувеличенном осуждении государства и его аппарата со стороны террористов или при слишком явной идеализации государственных учреждений консервативными гражданами. Да и обращения к образам врага, встречающиеся как в международной политике, так и во внутренней политике на уровне федеральных земель и муниципалитетов, если они выражаются в радикальной форме и повторяются снова и снова, заставляют подозревать, что здесь участвуют проективные процессы.

На рисунке 9 различные виды страха изображены в пространственных координатах содержания и структуры.

1.2. Путь к симптому: конфликт, регрессия, фиксация и компромиссное образование

Признанная в психоанализе модель конфликта при симптоматических неврозах основана на концепции регрессии и фиксации. Когда в процессе развития из-за динамического взаимодействия травматического опыта, внутренней и внешней реальности первичных объектов, возникает неинтегрируемый психический конфликт, то происходит фиксация на соответствующей стадии развития. Последующие стрессовые ситуации, так называемые психодинамически воздействующие пусковые ситуации (часто это типичные пороговые ситуации, такие как уход детей из родительского дома в самостоятельную жизнь, первые сексуальные контакты, бракосочетание, болезни, основание семьи, профессиональные конфликты), бессознательно переживаются как реактуализация неинтегрированных инфантильных конфликтов, зафиксированных на одной из предыдущих стадий развития, и вызывают сильный страх. Теперь Я пытается разрешить актуальный конфликт с помощью специфического защитного механизма регрессии, актуализируя для этого психические структуры (мышление, защиту, объектные отношения), типичные для той стадии развития, на которой произошла фиксация.

Двухмерный континуум проявлений состояний страха

(11) (12)

(f) (1)

(e) (2)

(d) (3)

Диффузный «разливающийся по телу» страх (тревога)

Конкретный страх-боязнь (и/или сигнальный страх)

(10) (6) (5) (c)

(9) (7) (b) (4)

(8) (a)

(a) = Психотический (дезинтеграционный) страх
(b) = Страх уничтожения «добрых» частей (пограничные расстройства)
(c) = Страх потерять объект, а с ним и репрезентанта самости (невроз страха)
(d) = Страх обесценивания (нарциссические расстройства)
(e) = Страх потерять любовь или автономию (конфликт между автономией и зависимостью)
(f) = Страх перед кастрацией, зрелый страх Сверх-Я («зрелые» психоневрозы)

(1) «Зрелая» фобия
(2) «Маленький Ганс»?
(3) Фобия при нарциссическом расстройстве
(4) Фобия при пограничном расстройстве личности
(5) Агорафобия
(6) Типичный приступ невроза страха
(7) Диффузные состояния страха при пограничном расстройстве
(8) Диффузное психотическое состояние страха
(9) Панический страх при пограничном расстройстве
(10) Декомпенсированный невротический страх (или восьмимесячный страх)
(11) Панический страх у здоровых людей, возникающий при стихийных бедствиях
(12) Нормальная боязнь (реальный страх)

Рис. 9. Содержательные и структурные параметры различных видов страха (модификация схемы Ментцоса – Mentzos, 1984)

Таким образом, формирование невротических симптомов следует понимать как компромиссное образование, так как производные влечений и защитные модальности, а также требования внешней реальности

перетекают в симптом, в который трансформируется страх (Laplanche & Pontalis, 1967). Хофманн и Хохапфель (Hoffmann & Hochapfel, 2005, S. 67) приводят следующую схему:

> «Пусковая ситуация» → актуальный конфликт → страх → регрессия → реактуализация инфантильных конфликтов → усиление напряжения конфликта (страх) → защита → «неудача» вытеснения → «компромиссное образование» между отдельными сторонами конфликта → формирование симптома

Таким образом, согласно теории психоанализа невротический симптом является компромиссной попыткой Я найти решение, попыткой справиться со страхом. Психоанализ исследует невротический симптом со структурной, динамической и генетической точек зрения. Фрейд обнаружил, что невротические симптомы, как и другие психические феномены, построены аналогично сновидению. В этой модели конфликта Я находится в центре усилий, направленных на синтез, и пытается в компромиссной форме выступить посредником между Оно, внешней реальностью и Сверх-Я для сохранения самости. При этом психоанализ различает конфликты между Оно и Я, между Я и Сверх-Я, а также конфликты между Я и внешним миром, подбирая для этих конфликтов различные компромиссные методы разрешения. При конфликтах между Я и Оно, а также между Я и Сверх-Я речь идет о внутренних конфликтах, например, когда патологически строгое архаическое Сверх-Я постоянно преследует Я или когда Я не может проработать специфические для определенных стадий импульсы влечений. Так, если говорить в терминах теории влечений, даже если оральная и анальная стадии хорошо интегрированы, то из-за взаимодействия травматического опыта, реальности первичных объектов, а также структуры Я на фаллически-нарциссической стадии во взрослом возрасте Я может подвергнуться опасности со стороны нарциссических и агрессивных импульсов и отреагировать сильнейшим страхом перед кастрацией и формированием соответствующих симптомов.

Исходным пунктом для формирования невротических симптомов чаще всего бывает устрашающий внешний конфликт, связанный с фрустрацией и обидой. Теперь Я может попытаться аллопластично, т.е. воздействуя на реальность и внешние объекты, компенсировать фрустрацию и обиду, уменьшить страх или же поискать решения конфликта путем автопластичного изменения. Сильному, здоровому Я, как правило, удается разрешить внешний конфликт и уменьшить страх или с помощью адаптации к существующей ситуации, или путем отказа от удовлетворения влечения, принятия фрустрации, нахождения возможностей нарциссической компенсации, F-сублимации, отсроченного удовлетворения влечений, а также повышения фрустрационной

толерантности. Ослабленное же в структурном смысле Я, дополнительно обремененное различными фиксациями, напротив, переживает в бессознательном внешний конфликт как реактуализацию неинтегрированных инфантильных конфликтных объектных отношений. Вначале Я с помощью регрессии пытается снова оживить неинтегрированные фиксации, сформировавшиеся в инфантильном развитии. При этом сексуальные и агрессивные импульсы, а также нарциссические желания сталкиваются с запретами со стороны Сверх-Я и с требованиями Я-идеала, к тому же под воздействием внешних, актуальных конфликтов Я заново переживает фрустрации, обиды и страхи той инфантильной стадии развития. В этих условиях Я должно попытаться найти компромиссное решение между импульсами влечений и нарциссическими желаниями, требованиями со стороны Сверх-Я и Я-идеала, самосохранением и внешними требованиями – таким компромиссным решением и становится невротический симптом. Другими словами, решение в виде невротического симптома всегда оказывается аутопластическим, оно как бы покупается ценой равносильного болезни, т. е. вызывающего страдание, изменения Я.

Что касается вопроса о возникновении фиксаций в детском возрасте, то Фрейд говорил о влиянии на этот процесс целого ряде взаимодополняющих факторов: силе влечений, силе Я и опыте отношений с первичными объектами. Решающее значение в регрессии имеет то обстоятельство, что функции Я, а также способ удовлетворения влечений, нарциссическая система и система Сверх-Я и Я-идеала, могут вернуться на более ранние стадии развития. Это относится также к типу и содержанию объектных отношений. Диспозиционные факторы Я – это его синтетические и организующие функции (Nunberg, 1959). Но, наряду с автономно-бесконфликтными функциями Я (Hartmann, 1964), существуют и такие функции Я, которые зависят от опыта отношений с первичными объектами.

2. Специальное учение о неврозах

2.1. Таинственный прыжок в телесность

Конверсионный невроз

Влечения, желания (в данном случае сексуально-эдипальные), участвующие в триангулярном конфликте между ребенком, матерью и отцом, имеют откровенно сексуальную, генитальную природу, т. е. направле-

ны на половой акт. На примере мальчика это означает, что он хотел бы «спать» с мамой. Одновременно это означает, что мальчик, страстно желающий свою мать, хотел бы устранить мешающего ему в этом отца. Мы говорим об инцестуозных желаниях и пожеланиях смерти.

Конечно, подобные предосудительные желания сопровождаются страхами перед наказанием за них. Эти страхи не всегда непосредственно связаны с гениталиями, как можно было бы предположить с учетом часто цитируемого в психоанализе страха перед кастрацией, они относятся к получению вообще какой-либо физической раны. Еще сильнее действуют на ребенка наказания в виде лишения любви и благожелательного внимания (страх утраты любви).

При истерии вышеназванные импульсивные (инстинктивные) желания, ожидаемые наказания за них и связанные с этим страхи полностью исключаются из сознания через бессознательный процесс вытеснения. Полезность этой универсальной меры защиты состоит в том, что вызванные запретными бессознательными желаниями бури затихают и уступают место спокойной атмосфере. Однако подобное вынужденное решение имеет серьезный недостаток – появление физического симптома. Импульсивные (инстинктивные) желания и связанные с ними возбуждения через компромиссное образование преобразуются в истерические симптомы: происходит конверсия (отсюда и название – «конверсионный невроз»). Нас «лихорадит», когда мы в душевном волнении ждем встречи, в ходе которой, как мы надеемся, исполнятся наши сексуальные желания, причем даже тогда, когда это происходит лишь в фантазии. Связанные с психическими желаниями физические возбуждения автоматически активируют те органы, которые должны были бы вступить в действие при реализации инстинктивных желаний. Естественно, что в случае сексуальных желаний это, в первую очередь, половые органы.

Затем это возбуждение путем «смещения» может переноситься на другие органы. Так, у одного пациента (пианиста по профессии) развился достаточно распространенный симптом, так называемая «рука пианиста» (для него характерны утомление, спазмы, болезненность суставов и околосуставных мышц, тонус которых повышен). У одной женщины болели руки, потому что ощущения, изначально локализованные в генитальной области, из-за неудовлетворенных сексуальных желаний путем смещения превратились в «боль (ломоту) в конечностях». По такому образцу могут возникать разнообразные «истерические» симптомы:

1) головные боли при отсутствии какой-либо патологии, подтверждаемой данными объективных исследований; они могут объясняться тем, что отсутствие разрядки сексуального возбуждения «ударяет в голову»;

2) спазмы в животе, когда «живот лопается от злости»;
3) «истерическая» рвота, когда чувство отвращения, вызванное сексуальными побуждениями, проявляется не напрямую, а косвенно через рвоту, в смысле: «Меня тошнит от этого»;
4) расстройства зрения и слуха, которые легко объясняются тем, что позволяют не замечать (не видеть и не слышать) запретные инстинктивные желания, чтобы не беспокоить сознание.

Всегда выбирается меньшее зло – симптомы, чтобы не замечать большего зла – сексуальных инстинктивных желаний и связанных с ними запретов и конфликтов. Впрочем, истерические симптомы являют собой полную противоположность неврологически обусловленным параличам и контрактурам и подчиняются не законам неврологии, а обыденным представлениям о функционировании тела. У нашего пианиста одеревенелость предплечий соответствовала твердому члену, а у упомянутой пациентки руки и ноги болели целиком, а не в каких-то отдельных суставах или зонах, где расположено много нервных клеток и нервных (проводящих) путей.

Таким образом, если мы всегда будем рассматривать сексуальные фантазии вместе с сопровождающими их физическими процессами, то не решенная до сих пор проблема таинственного скачка из психического в телесное будет решена.

Типологические личностные установки: на исполнение желаний и на месть

Кроме соматических функциональных нарушений при истерии бывают также расстройства, остающиеся исключительно в психической области, например расстройства сознания, когда мы перестаем воспринимать какие-то события и больше не помним о них, или нарушения памяти и вспоминания, когда речь идет о событиях или переживаниях прошлого. К этой категории относится, например, нарушение памяти, случившееся у Фрейда на Акрополе (Freud, 1927c, S. 347). При так называемом истерическом характере бессознательные процессы остаются исключительно в психической сфере.

Женщина, относящаяся к типу исполнения желаний, косвенно проживает свои бессознательные желания, например быть мужчиной, так, что ведет себя как мужчина. Описанная Куипером (Kuiper, 1968) нежно кастрирующая женщина ведет себя с мужчиной особенно ласково, чтобы иметь возможность потом его «кастрировать». Сначала она сексуально возбуждает мужчину, а затем отказывает ему в удовлетворении его сексуальных желаний, унижая и обесценивая его мужское достоинство.

Однако подобные бессознательные процессы характерны не только для женщин. Мужчины тоже могут встраивать свои нереализованные желания в поведение, воображая, что именно их поведение позволит им все-таки реализовать запретные желания, например, постоянно быть в центре внимания, быть любимыми многими людьми или стоять на самой верхней ступеньке лестницы успеха.

О мстительном типе мы говорим в том случае, когда бессознательная месть определяет все поведение. Примером мстительного типа является Электра, которая не может смириться со смертью горячо любимого отца, Агамемнона, и всю жизнь вынашивает планы мести, до тех пор, пока ее брат Орест не исполняет это желание, убив Клитемнестру. Более мягким вариантом этого типа предстают те женщины, которые мстят своему другу тем, что отвергают его точно так же, как когда-то раньше они сами были отвергнуты любимым «папой».

Социальные факторы

С точки зрения критики общества, в истерии содержится следующее послание: запреты сексуальных желаний, поддерживаемые вашей культурой, явно заходят слишком далеко. Такого не выдержит ни одна женщина! Часто проявлявшиеся в конце XIX в. истерические симтомы были выражением социального угнетения и подавления. Двойная мораль того времени позволяла мужчинам реализовывать свои сексуальные желания, но запрещала это женщинам. Так что женщинам того времени приходилось затрачивать гораздо больше усилий на их вытеснение по сравнению с мужчинами, что хорошо объясняет большее распространение истерических симптомов именно у женщин.

Сегодня, во времена либерализации сексуального поведения, агрессивные или нарциссические желания, если они не удовлетворяются в реальной жизни, выражаются скорее косвенно в форме симптомов или манифестного поведения. Например, реактивно возникшая ненависть выражается не напрямую, а косвенно, скажем, в постоянной критике других людей, в сомнении в их способностях или в проверке их верности. Такое поведение особенно легко принимает истерические черты, когда критика выражается косвенно, в виде симптома. Так, головные боли могут на бессознательном уровне приобретать такое значение: «Ты не обращаешь на меня достаточно внимания. А раз ты не удосуживаешься этого делать, так вот тебе жена, мучающаяся от головной боли».

Современные аспекты

Защитный процесс, принципиально характеризующий истерию, – это вытеснение. Хотя оно встречается также и при других симтоматичес-

ких неврозах и расстройствах личности, но там вытеснение чаще всего оказывается лишь одним из многих других защитных образований. При истерии вытеснение вместе с конверсией и генитализацией несексуальных частей тела играет огромную роль в борьбе с эдипальными и инцестуозными желаниями, а также с производными от них тяжелыми чувствами вины и сильными страхами перед кастрацией. Например, мужчина-истерик может пытаться защититься от эдипально-инцестуозных желаний, выбирая пассивно-фемининную позицию, что зачастую приводит к нарушениям эрекции и/или потенции. Или же он бессознательно выбирает форсированную фаллически-нарциссическую установку (регрессия на фаллически-нарциссическую стадию развития), чтобы своим фаллическим манерничаньем и демонстративным желанием понравиться доказать себе и своему окружению успешность преодоления страхов перед кастрацией (клинические примеры: донжуанизм, поведение мачо, идеализация фаллоса).

Центральный конфликт истериков – это конфликт между Я и Сверх-Я. Конверсия выступает в форме генитализации, т. е. сексуализированные части тела в бессознательном символически представляют гениталии. Фрейд (Freud, 1950c [1895]) еще в своих ранних работах указывал на то, что истерические симптомы представляют собой символы воспоминаний, т. е. в симптоме в концентрированной и даже в художественной форме часто отражается весь эдипальный конфликт. Психоаналитическая работа позволяет выявить все хитросплетения бессознательного участия отдельных протагонистов в этой эдипальной драме. Впечатляющие примеры представлены в работе Фрейда «Этюды об истерии» (Freud, 1895d). Так как симптомы всегда носят характер компромиссного образования, они символически представляют не только эдипально-генитальные импульсы влечений, но и исходящий от Сверх-Я запрет – карающий аспект всего конфликта. Иногда Я даже может испытывать махозистское наслаждение от этого наказания, черпая из него вторичную выгоду от болезни. А первичная выгода от болезни, также имеющая решающее значение при формировании любых симптомов, состоит в том, что с помощью формирования симптомов можно избежать первоначального конфликта, правда, ценой заболевания Я. На сознательном уровне Я свободно от переживаний стыда или вины. В клинических случаях часто выясняется, что с запретами со стороны Сверх-Я сталкиваются не только гетеросексуальные эдипальные импульсы, но и гомосексуальные чувства и влечения; защита от них и их компромиссная проработка также могут приводить к формированию истерических симптомов.

И у истерички часто можно обнаружить так называемый комплекс мужественности, т. е. нарциссическую завышенную оценку (идеализацию) мужского полового органа и мужского объекта, что может про-

являться в усиленном соперничестве или в мазохистской покорности. С помощью этого комплекса должны держаться в узде бессознательные чувства неполноценности и страхи утраты любви, а на более глубоком уровне – и интенсивные чувства зависти. Причем клинически часто наблюдаемая у истеричек зависть к пенису относится не только к бессознательно фантазируемому «особому снаряжению» отца/мужчины, но и к скрывающейся за этим (тоже бессознательно переживаемой) слабости по сравнению с первичным материнским объектом. Поэтому сопутствующим симптомом часто бывает сексуальная фригидность. Истеричка переживает гетеро- и гомосексуальные желания, направленные на родителя противоположного, а также своего пола, как запрещенные бессознательным Сверх-Я, из-за чего эти чувства любви и симпатии к отцу или матери превращаются в чувства соперничества и агрессивности. (Это означает, что иногда форсированная установка ненависти, которую, девочка испытывает, например, по отношению к матери или к отцу, представляет собой вызванную принуждением Сверх-Я защиту от чувства любви к матери или к отцу.)

Ментцос (Mentzos, 1984) подчеркивает, что, хотя способ проработки конфликтов при истерии и состоит, прежде всего, в конверсии и вытеснении с формированием уже приводившихся выше симптомов, с генетической точки зрения большую роль при формировании истерических симптомов играют не только эдипально-генитальные и/или фаллически-нарциссические конфликты, но и оральные и нарциссические конфликты (см. также: Hoffmann, 1979). Так, в литературе (Brenman, 1990) были описаны интенсивные оральные конфликты зависти к первичному материнскому объекту, а также нарциссические конфликты, связанные с сильным чувством неполноценности. Недавно Уте Руппрехт-Шампера (Rupprecht-Schampera, 1997) попыталась представить истерию как следствие неудачной попытки триангуляции; тем самым Руппрехт-Шампера наряду с орально-нарциссической тематикой конфликта обращает внимание и на анально-нарциссическую, описанную в модели Эриксона (Erikson, 1950) как конфликт между автономией и стыдом (сомнением). Этот автор понимает формирование истерических симптомов как неудачную попытку интегрировать процесс сепарации и триангуляции на предэдипальном и эдипальном уровнях.

2.2. Невроз навязчивых состояний

Классические аспекты

В отличие от истерии здесь мы передвигаемся только в психической сфере. Для мышления типично определенное нарушение: одна

и та же мысль постоянно навязчиво повторяется, хотя человек и сам осознает, что это совершенно бессмысленно. Бывают навязчивости в форме пересчитывания, повторения одних и тех же предложений, бесконечных размышлений и сомнений по поводу того, как все происходило на самом деле. Человек, страдающий неврозом навязчивых состояний, как бы вынужден постоянно размышлять, приводить все в порядок или строго соблюдать определенные правила. На фоне навязчивого мышления полностью подавленными кажутся фантазия, эмоциональная жизнь и телесные ощущения. Кроме мыслительной сферы навязчивость может проявляться также в практических действиях, например, в виде часто наблюдаемого навязчивого мытья. Одному из пациентов на стадии обострения невроза навязчивых состояний требовалось много часов на то, чтобы одеться или раздеться, потому что все должно было соответствовать строго определенному порядку, который не мог быть нарушен.

Здесь особенно четко видны параллели между неврозами навязчивых состояний и некоторыми религиозными практиками (впрочем, и суевериями тоже), например, когда определенные жесты должны предотвратить злую судьбу, перед которой люди испытывают страх. В заключение следует упомянуть также навязчивые побуждения и импульсы, неожиданные порывы, которые особенно сильно пугают пациента, так как они вообще не доходят до сознания. Вспомним хотя бы такие импульсы, как побуждение взять случайно попавшийся под руку нож для хлеба и убить им собственного ребенка; желание учителя прикоснуться к груди или к гениталиям стоящей перед ним привлекательной ученицы; позывы пациентов совершить половой акт с козой, неожиданно плюнуть в лицо уважаемому человеку, помочиться на людях на памятник и т.д. – все это примеры из психоаналитической практики.

Психодинамика

В анамнезах подобных пациентов мы находим сильное подавление любых сексуальных и агрессивных импульсов, часто в сочетании с нарушением эмоционального контакта с родителями, предпочитающими черствый, равнодушный стиль общения. Мать часто воспринималась ими соблазнительной, а отец карающим. Бросается в глаза, что очень часто все экспансивные, особенно моторные, потребности пациентов подавлялись и ограничивались угрозами и наказаниями. Когда мы слышим подобные истории, мы в первую очередь думаем о том, что невроз – это ответ на травматизирующие воздействия со стороны окружающего мира.

Но пациенты говорят также и о своих собственных потребностях, прежде всего о своем сильном любопытстве, например о желании рассмотреть кабинет психоаналитика до последнего уголка, о своей непреодолимой потребности демонстрировать себя, пациенты-мужчины говорят о желании онанировать, завоевывать женщин, соблазнять их, а пациентки-женщины – о желании стать любовницами многих мужчин. Часто встречаются описанные Фрейдом (Freud, 1915c, S. 219 и далее) садистские фантазии об избиении и соответствующее «садистское понимание коитуса» (Freud, 1908c, S. 182) как борьбы, исполненной враждебных жестоких импульсов, а также как «вытесненное гомосексуальное стремление» (Freud, 1918b, S. 149). Причем можно вскрыть как связанные с этим страхи перед наказаниями, побоями, преследованием, так и существование строгих требований и запретов. Труднее бывает довести до сознания истинные источники подобных побуждений, таких как убить своего ребенка или совершить с кем-либо перверсные действия. Понятно, что к такому осознанию можно прийти только после преодоления сопротивлений, вызванных стыдом.

Два показательных случая из практики Фрейда

Раттенманн (Человек с крысами)

Примеры невроза навязчивых состояний приводятся в описанных самим Фрейдом случаях Раттенманна (Человека с крысами) (Freud, 1909d) и Вольфсманна (Человека с волками) (Freud, 1918b).

Раттенманна мучил, помимо прочего, страх, что с отцом и с почитаемой им женщиной случится что-то ужасное. Он снова и снова ощущал навязчивый импульс перерезать себе шею бритвой. Затем анализ, наряду со многими другими деталями, вскрыл причинно связанные с этими симптомами инстинктивные потребности: сексуально завоевать возлюбленную отца, устранить самого отца и наказать самого себя за эти предосудительные желания, перерезав себе горло. Кстати, такое странное прозвище – «Человек с крысами» – пациент получил из-за своей фантазии, признаться в которой он смог только преодолев сильнейшее сопротивление, так как она казалась ему самому крайне странной и причудливой: «...на его ягодицы плотно надевается горшок, затем в него запускаются крысы, которые впиваются <...> в зад...» (Freud, 1909d, S. 392). И в тот момент, когда пациент поведал об этом аналитику, он внезапно осознал, что это странное событие относится не к нему, а к отцу и именно в смысле фантазии о мести как реакция на то, что пациент думал, что отец запретит ему удовлетворение сексуальных желаний.

Вольфсманн (Человек с волками)

В знаменитом сновидении Вольфсманна мужчина видит в открывающемся окне несколько волков, которые неподвижно сидят на дереве. Анализ выявил в толковании или интерпретации этого сновидения наличие предосудительных для сознания гомосексуальных желаний мальчика по отношению к отцу, которые достигали своего апогея в столь же сладострастной, сколь и устрашающей фантазии, что отец совершает с ним половой акт как с женщиной. Эта фантазия пробудила воспоминание о другом возбуждающем переживании детства: маленький мальчик наблюдал сзади няню Грушу, когда та мыла пол. Это сильно возбудило его. Воспоминание об этом и последующие ассоциации привели пациента к представлению о том, что он наблюдает за страстным коитусом родителей, – вопрос о том, было ли это на самом деле или лишь в фантазии, остается открытым. Эта так называемая первичная сцена настолько испугала и возбудила ребенка, что он под влиянием внутренних запретов на ви́дение чего-либо подобного отогнал от себя все связанные с нею фантазии и чувства. Произошло это ценой приобретения многочисленных навязчивых симптомов, которые особо проявлялись в мучительном следовании строгим религиозным предписаниям. Причем во время этих церемониалов ему как наваждение приходили на ум богохульные мысли, такие, например, как «Бог – похотливый козел»[1], – что из-за запретов на кощунственные выражения неизбежно приводило к действиям, направленным на искупление греха и покаяние.

Два реальных случая из практики

Старший преподаватель, 42 года, управляя автомобилем, испытывал потребность педантично и точно соблюдать ограничения скорости (причем ему доставляло садистскую радость, когда за ним скапливалась длинная очередь из машин). Преодолев внутреннее сопротивление, он вспомнил гомосексуальный эпизод, который он пережил с соседским мальчиком. Тогда пациенту было шесть лет. Еще труднее ему было признаться, что он всегда ощущал навязчивое желание совершить коитус сзади с козой своих родителей. Подобные воспоминания были для него такими же шокирующими, как и импульсы «безнравственно» прикоснуться к ученице, случайно оказавшейся рядом с ним. Пациент вырос в проникнутой благоговением среде, в которой строго запрещалось не только проявление сексуальных потребностей, но вообще лю-

[1] Hurenbock (*нем.*) – бранное слово, обозначающее мужчину, имеющего неупорядоченные половые связи с женщинами.

бое удовольствие. Уже одно представление о каком-либо сексуальном действии было предосудительным («…тот, кто лишь смотрит на женщину с вожделением, уже нарушил супружескую верность в своем сердце», – Евангелие от Матфея, 5:28). Осознание с помощью психоаналитика шокировавших его инстинктивных проявлений помогло пациенту перестать оценивать их как что-то очень плохое, что было привито ему за многие годы строгого религиозного воспитания. Опрос, проведенный через десять лет после окончания лечения, показал, что прежние симптомы больше к нему не возвращались.

Коммерсант, 31 год, отец двоих детей, испытывал навязчивый страх убить их, стоило ему только случайно увидеть лежащий на столе нож. В ходе психоанализа пациент вспомнил, как отец катал его на велосипеде. Тогда ему было три с половиной года, он сидел на детском сидении и вдруг просунул ногу между спицами переднего колеса. Трагическим последствием несчастного случая стало то, что нога с тех пор так и осталась искалеченной. Маленький мальчик и без того был зол на отца, чувствуя, что тот им пренебрегает. А после этого несчастного случая он ощутил, что отец нанес ему еще и вред. Одновременно мальчик боялся, что отец будет его ругать, и ощущал вину из-за своей злости на отца. В этом контексте желание убить своих детей, от которого пациент сам приходил в ужас, можно рассматривать как смещение желания убить отца, что стало очевидно пациенту в ходе психоанализа. Он также признал справедливость интерпретаций, что своими навязчивыми импульсами он пытался наказать себя. Возможно, что и тогда в детстве он бессознательно наказал себя несчастным случаем, когда засунул ногу между спиц. В связи с этим пациент осознал, что в действительности он и тогда чувствовал себя виноватым по нескольким причинам: потому что отец предпочитал его другим братьям и сестрам, а в отношениях с матерью он именно на третьем году жизни занял место отца. В целом этот случай хорошо вписывается в эдипальную схему мальчика, который испытывает сексуальное желание к матери и хочет устранить отца. И здесь также катамнез, проведенный через десять лет, показал, что психоаналитическое лечение было успешным.

Современные аспекты

В последние годы было установлено (Grunberger, 1988; Quint, 1988, 2000), что с психодинамической точки зрения невроз навязчивых состояний служит не только для регрессивной защиты от эдипальных конфликтов и страхов перед кастрацией, но может представлять собой также прогрессивную защиту от нарциссических и, прежде всего, оральных конфликтов. Человек, заболевший неврозом навязчивых состояний, бессознательно реагирует как бы по принципу «прыжка впе-

ред», используя защитно-оборонительную, форсированную прогрессию Я (приспособление к внешней среде). Этим должна достигаться защита от нарциссических обид со стороны идеализированных объектов, а также от страхов потерь и расставаний, берущих свое начало на оральной стадии. Анальный садизм также может бессознательно выполнять функцию перекрывания орально-садистических импульсов. Такая функция симптомов невроза навязчивых состояний, которую можно назвать «антидепрессивной», значительно затрудняет их устранение в процессе психоаналитического лечения, поскольку данный невроз возникает для противодействия двум источникам опасности: эдипальным кастрационным и инцестуозным конфликтам, а также оральным и нарциссическим страхам.

С позиции психологии влечений, невроз навязчивых состояний – это классический конфликт между Я и Оно, причем применительно как к сексуальным, так и к анально-садистским импульсам. Одновременно Я приходится намного сильнее (по сравнению с истерией и фобией) защищаться от воздействий более жестокого анально-садистского Сверх-Я. При неврозе навязчивых состояний мы часто обнаруживаем также ясно выраженный конфликт между обоими видами влечений, сексуальными и агрессивными импульсами; так называемое смешение влечений частично устранено. Доминируют интенсивные конфликты амбивалентности. Человек, страдающий неврозом навязчивых состояний, постоянно испытывает страх разрушить своим садизмом любимые объекты или причинить им ущерб. Поэтому ему постоянно приходится проделывать работу по возмещению ущерба, причиненного объекту любви, в том числе и ради возвращения благосклонности Сверх-Я. В клинической картине также доминируют ярко выраженные конфликты между пассивными и активными стремлениями. При этом строгость анально-садистского Сверх-Я вытекает из того, что само Сверх-Я является следствием интериоризированного конфликта амбивалентности (интернализации ненавидимого и одновременно обожаемого эдипального соперника), а часть своей жестокости и силы Сверх-Я получает из агрессии ребенка против родительских фигур. Это особо относится к анальному Сверх-Я, которое своей жестокостью обязано, в частности, садистским импульсам ребенка против родительских фигур (Freud, 1923b, S. 283 и далее). По этой причине анальное чувство вины у лиц, страдающих неврозом навязчивых состояний, проявляется в основном в форме страхов возмездия и наказания.

Грунбергер (Grunberger, 1988) обратил внимание на тесную связь между анальностью и нарциссизмом. И действительно, в анализе пациентов, страдающих неврозом навязчивых состояний, регулярно обнаруживается психодинамически значимая нарциссическая пробле-

матика. Она состоит не только в том, что лица, страдающие неврозом навязчивых состояний, стремятся к свободе и избегают любую конфликтную амбивалентность, но и, прежде всего, в наличии далекого от реальности Я-идеала, который своей неумолимой строгостью мучает больного. Были высказаны различные представления о происхождении этого Я-идеала, например, что его корни лежат в идентификации с предэдипальным, лишенным амбивалентности отцом. По этой теории ребенок пытается компенсировать фруструрующие или даже пережитые как травматические предэдипальные симбиотические отношения с первичным материнским объектом, интернализуя на этой анальной стадии отца (который и без того приобретает все большее значение) как третий и идеальный объект, как бы в качестве защиты от интернализованного материнского объекта, который воспринимается как фрустрирующий или даже травматический. Отец на этой стадии является, прежде всего, для мальчика важным триангулирующим объектом, который позволяет ему сформировать отношения по ту сторону симбиотического «дуалюньона». И это тот же самый отец, который в бессознательных переживаниях мальчика вторгается в «дуалюньон», изгоняет его оттуда и к тому же поддерживает с матерью сексуальные отношения, из которых ребенок исключен. В связи с этим интернализованный идеал отличается высокой амбивалентностью, но эта амбивалентность еще не может быть интегрирована ребенком. Тогда нарциссическая конфликтная динамика невроза навязчивых состояний проявляется преимущественно как принятие решения об отказе от первичных симбиотических отношений с материнским объектом. Здесь доминируют конфликты между страхом расставания и виной за расставание, между автономией и зависимостью (Erikson, 1950). Наряду с анально-эротическими желаниями (желание пачкать), решающую роль играют также анально-садистские желания (желание разрушать). Мышление лиц, страдающих неврозом навязчивых состояний, всегда отличается магической, анимистической организацией, хотя при этом не все функции Я затронуты анально-садистской регрессией. Многие функции Я остаются при этом ненарушенными, например, тестирование реальности и когнитивные функции.

2.3. Фобия

Классические аспекты

Слово фобия (от *гр.* phobos – страх, боязнь) означает не что иное, как переживание страха. Трудные иностранные слова, такие как клаустрофобия или агорафобия, описывают всего лишь конкретные обстоятельства,

в которых возникает страх. Страх вызывают ситуации или предметы, а часто и животные.

Защита от страха при фобиях состоит в том, что изначальный неосознаваемый страх смещается на определенные ситуации или предметы. Выгода от использования бессознательных защитных процессов заключается в том, что теперь в изначальной[1] ситуации страх больше не ощущается, зато – через бессознательный защитный процесс смещения – страх возникает в другой ситуации. Однако этой ситуации можно избежать, например, не пересекать большие открытые площади. Правда, обманчивая выгода освобождения от симптома приобретается здесь ценой ограничения свободы передвижения.

Специфические фобии

Необходимо назвать и другие формы фобий, которые встречаются достаточно часто и вызывают особые страдания:

1) эритрофобия – страх покраснеть;
2) кардиофобия (иногда ошибочно называемая «неврозом сердца») – страх получить заболевание сердца или его обострения;
3) канцерофобия – страх заболеть раком.

Кроме того, есть еще две современные фобии:

4) СПИДофобия – страх заразиться СПИДом;
5) радиофобия – страх подвергнуться воздействию радиоактивного излучения.

Подобные страхи в реальности не так уж необоснованны, но если они выражены слишком сильно, велика вероятность того, что на них хотя бы частично наложатся невротические страхи.

Эдипальная динамика

Сколь различны фобические картины, столь же разнообразны и их психические причины. С точки зрения классического психоанализа, у истоков страха стоит, естественно, эдипов комплекс. Прежде всего, здесь подразумевается страх перед инцестуозными желаниями: желанием

[1] Имеется в виду бессознательная инфантильная конфликтная ситуация (по Фрейду). В психоанализе выделяются различные инфантильные ситуации страха: страх рождения, страх потери объекта, страх расставания и страх кастрации. – *Прим. Т. Мюллера.*

сына обладать матерью и желанием дочери сексуально сблизиться с отцом, одновременно устраняя родителя своего пола.

Существует и отрицательный эдипов комплекс с его противоположными стремлениями, от которых защищаются даже сильнее, чем от «положительных» триангулярных конфликтов между ребенком, матерью и отцом. Это гомосексуальные влечения дочери к матери и гомосексуальные импульсы сына по отношению к отцу, связанные, соответственно, со «злыми» пожеланиями по отношению к родителю противоположного пола.

Рассмотрим случаи, соответствующие классической (положительной) модели эдипального конфликта. Так, это могут быть желания сексуальных приключений, заставляющие некоторых людей сознательно посещать определенные улицы и злачные места, такие как пользующиеся дурной славой «кварталы красных фонарей» в большом городе. Люди с фобическими расстройствами не могут позволить себе подобных желаний из-за интериоризованних запретов. И тогда эти желания вытесняются из сознания, примерно так же, как при истерии. Но, в отличие от истерии, такая защита не вызывает психосоматических реакций. Скорее происходит смещение на определенные предметы или ситуации. И лишь при конфронтации с ними снова возникает страх из-за появляющегося нового искушения. Поэтому таким людям приходится любыми способами избегать подобных предметов (например, пауков) или ситуаций (например, больших открытых пространств).

Показательный случай из практики

Следующий случай школьной фобии, когда долгое время не удавалось понять причины страха перед школой, особенно впечатляюще показывает, насколько тесно поведение матери может переплетаться с развитием фобии у ребенка. Ребенок, пошедший в школу с 7 лет, из-за легкого заикания стал мишенью для насмешек одноклассников и медленно, но верно занял в классе позицию аутсайдера и козла отпущения. В результате этого ребенок стал бояться ходить в школу. Какое-то время он еще ходил в школу в сопровождении матери, но потом наотрез отказался.

Вначале причину расстройства пытались отыскать в ребенке, в его предполагаемых фантазиях о наказании и преследовании. Ребенок боялся также привидений, являвшихся ему в фантазиях, которые угрожали проглотить его самого. Однако затем в ходе психоаналитического лечения ребенка и сопутствующей психотерапии матери выяснилось, что все дело было в матери, у которой очень неудачно сложился брак. Поэтому она искала в сыне заместителя для своего мужа (Richter, 1963).

В ходе терапии необходимо было довести до сознания ребенка и его матери их зависимость друг от друга, что должно было высвободить обоих участников из этого клинча («обоюдного захвата»). Для полноты картины нужно еще отметить, что в этом, собственно говоря, и состоит задача отца – принять не только роль мужа своей жены, но и роль отца для своего сына, такого отца, который покажет сыну, что кроме привязанности к матери в мире можно обнаружить еще много других интересных вещей.

Современные аспекты

При фобии вытеснения и конверсии уже недостаточно для защиты от эдипальных конфликтов. Следующим этапом защиты должен стать регрессивный откат на фаллически-нарциссическую стадию развития с характерными для этой стадии модальностями защиты, такими как смещение, интеллектуализация, рационализация и экстернализация. Последний из упомянутых защитных механизмов вместе со смещением в значительной степени облегчает положение Я и приводит к успешному связыванию страха с помощью формирования симптома. Проведенный Фрейдом (Freud, 1909b) анализ фобии пятилетнего мальчика («маленький Ганс») наглядно показывает вышеописанную психодинамику: малыш пытался защититься от своего эдипального соперничества с отцом с помощью смещения на лошадь, и эта попытка сначала была успешной. Правда, потом у него развилась фобия, что эта лошадь нападет на него и укусит. Теперь эдипальная ненависть, направленная на отца, пробилась обратно в сознание, хотя и связанная в симптоме, и привела к развитию страха. Вначале маленькому Гансу удавалось избегать лошадей, но, в конце концов, симптом только усилился. Проведенный Фрейдом анализ показал, что произошли не только смещение и экстернализация эдипальной ненависти, но и ее проекция на лошадь. Когда маленький Ганс боялся, что его укусит лошадь, это было не только проявлением смещенного страха быть кастрированным отцом, но и выражением собственной бессознательной ненависти к отцу.

Однако существуют указания (как в случае невроза навязчивых состояний), что в возникновении фобий участвует и предэдипальная динамика конфликтов (Loch & Jappe, 1974; Thomä, 1995; Hoffmann, 1999; Plänkers, 2003); это подчеркивает прогрессивный защитный характер фобических симптомов против страхов, возникших на анальной стадии и связанных с автономией и зависимостью от первичного объекта. Также особо подчеркивается значение как эдипально, так и анально мотивированных агрессивных конфликтов (концентрирующихся прежде всего на тематике автономии) для возникновения фобической симптоматики.

2.4. Невротическая депрессия

Симптоматика

Невротическая депрессия проявляется в следующих симптомах: депрессивное дурное настроение, скука, вялость, отсутствие или недостаточно высокий уровень спонтанной активности и более или менее сильная тенденция к уединению. К этому прибавляются характерные расстройства сна и разнообразные жалобы на физические недуги, которые не подтверждаются результатами объективных исследований. Если физические симптомы выходят на первый план, говорят о лавированной (маскированной, скрытой) депрессии.

Психогенез

Люди, находящиеся в депрессивном состоянии, чаще всего не осознают его причины. Однако в ходе анализа обнаруживаются следующие четыре психодинамических признака (здесь мы по дидактическим причинам излагаем их в систематизированном виде):

1) Депрессия как следствие переживаний потери, например, когда умер какой-нибудь значимый человек. Но переживание потери может возникнуть и тогда, когда мы разочаровались в значимом для нас человеке или в самих себе. Тогда мы ощущаем разочарование в прежних надеждах. Другими словами, мы чувствуем себя обманутыми в надеждах – в любви, в профессии, в спорте, музыке или в сфере творчества. Мы потеряли что-то важное, нам чего-то недостает, и как следствие этой потери возникает депрессия.
2) Депрессия как следствие переживаний, связанных с виной. За депрессивным состоянием во многом стоит чувство вины, испытываемое по самым разным причинам: потому что мы плохо подумали о значимом для нас человеке или сделали ему что-то плохое. Из-за этих злых мыслей мы чувствуем себя виноватыми, особенно если этот человек по-прежнему приветлив в общении с нами или даже еще более любезен, чем раньше. Другой причиной чувства вины может быть бессознательное желание устранить соперника в любви или в профессии, например, если соперник хочет отбить у нас любимую или присвоить себе наши лавры в профессиональной деятельности. В результате человек испытывает угрызения совести, от которых теперь приходится защищаться, пусть даже ценой депрессии.
3) Депрессия как следствие конфликтов в проявлении агрессивности. Обычно считается, что открытая демонстрация ненависти к сопер-

нику недопустима. Поэтому подобные чувства легко вытесняются из сознания. Ненависть может даже обратиться против того человека, который ее испытывает; этот механизм защиты был описан еще Фрейдом (Freud, 1915c, S. 220). Такой разворот агрессии и направление ее против самого себя сопровождается ненавистью к себе, а следующим шагом становится печаль, потому что такое состояние невыносимо для нашего самоуважения. При анализе случаев невротической депрессии снова и снова выявляются примеры самообвинений и упреков пациентов в свой адрес, причем без наличия на то убедительных причин. При этом часто справедлива интерпретация, что самообвинения и упреки на самом деле адресованы другому человеку. Именно ценного и дорого для нас человека мы пытаемся защитить от своих обвинений, предпочитая обвинять вместо него самих себя.

4) Депрессия как следствие проблем с переживанием собственной значимости, как результат нарциссических обид. Если, например, кто-нибудь пристыдил нас, уличил в ошибке, просто «обошел» нас в важном деле или даже наказал нас презреньем, то мы чувствуем себя обиженными, униженными в собственной значимости. Обида сказывается тем сильнее, чем более мы ранимы. Мы по собственному опыту знаем, что чаще всего нас задевают несправедливые обиды и оскорбления; понятно, что они оставляют у нас чувство печали, тем более что с обидой всегда связано разочарование в другом человеке из-за его оценки. В этом отношении темы самоценности и потерь трудно отделить друг от друга, настолько они взаимосвязаны; особенно это касается чувства собственного достоинства и нарциссизма (см. главу VII.4).

Наряду с этими видами депрессии, обусловленными неразрешенными конфликтами, существуют также:

1) Депрессия как следствие пережитых травм, таких как сексуальное насилие, жестокое обращение, презрение (модель травмы).
2) Депрессия как следствие депривации (лишений) или состояний недостатка, дефицита чего-либо (модель дефицита): фрустрации элементарных потребностей, например, таких, которые, согласно Лихтенбергу (Lichtenberg, 1989) (см. главу VI. 8), приводят к структурным дефицитам, к базовому дефекту, по Балинту (Balint, 1970), к недостимулированной самости (Wolf, 1996).
3) Депрессия как следствие защиты от скорби. Вспомним депрессии, развившиеся в результате непроработанных переживаний потерь: там скорбь, печаль была бы нормальной реакцией, а депрессия – патологическим явлением. В этом смысле депрессия просто является

следствием защиты от скорби. Если печаль как важный человеческий аффект (наряду с радостью, яростью, страхом, отвращением, чувствами стыда и вины) не допускается и не прорабатывается, т. е. нет работы скорби (Freud, 1916–1917), от нее патологически защищаются, то результатом такого недопущения работы скорби может стать депрессия. Скорбь – это живой процесс взаимодействия с травмой через ее «воспоминание, воспроизведение и проработку» (Freud, 1914g) после потери и разочарования. Принятые в обществе ритуалы и церемонии существенно облегчают этот процесс скорби. Если такой живой процесс затягивается, можно говорить о своего рода «психическом инфаркте», о блокаде. Важнейшая терапевтическая цель в таких случаях – восстановление этого застопорившегося процесса скорби и поддержка страдающего от него человека в его печали.

4) Депрессия как нормальная реакция на труднопереносимые ситуации: вспомним хотя бы о безработице, одиночестве, бедности, тяжелом соматическом заболевании, инвалидности. Эренберг (Ehrenberg, 1998) говорит об «истощенной самости», для которой сложившиеся социальные условия оказываются настолько невыносимыми, что она неизлечимо заболевает. Безжалостное давление конкуренции, ограничительные законы, угроза глобализации и постоянная угроза терроризма так сильно досаждают каждому человеку, что делают почти невозможным сохранение индивидуального суверенитета. Нет ни соответствующей социальной помощи, ни защищающих органов и учреждений. Кроме того, опора и поддержка, которую раньше можно было найти в религии, утеряна из-за растущей секуляризации.

Психодинамика

Бессознательные процессы, кроющиеся за невротической депрессией, обусловлены конфликтами сексуальных и агрессивных влечений. Генитальная сексуальность больных нарушена и осложнена конфликтами, связанными с чувством вины. Или же они никак не могут отделаться от агрессивных побуждений, которые, что характерно, оборачиваются против них самих и направлены на саморазрушение. Пассивно-оральные конфликты связаны с желаниями что-нибудь получить. Если больные люди этого не добиваются, то разочарование из-за того, что они «ушли с пустыми руками», реактивно приводит их в ярость. Кроме того, они испытывают и страх в связи с тем, что в этой ярости (как реактивном состоянии) они могут разрушить именно то, что их еще удерживает в жизни. Конфликты, связанные с желанием что-то получить и яростью из-за разочарования, лучше всего подходят под категорию

орально-садистских. С точки зрения Мелани Кляйн (Klein, 1962), эти конфликты потому выражаются с особой силой, что они, в конечном счете, обусловлены конституционально и «распирают» людей изнутри. Особо большую роль при этом играют жадность и зависть. В этом смысле можно было бы говорить об эндогенной (идущей изнутри) депрессии, если бы психиатры уже не назвали так психотическую депрессию. Но при ближайшем рассмотрении в анализе депрессивных состояний всегда обнаруживаются и внешние причины появления депрессивных расстройств: разочарование от неудовлетворения обоснованных желаний получать внимание и заботу. Основной признак депрессивных процессов – это состояние беспомощности и бессилия. Как пишет Бибринг (Bibring, 1953), речь здесь идет об одном из основных способов реакции на фрустрацию; он имеет такое же основополагающее значение, как и реакция страха перед лицом конкретной опасности. Каждый из нас хочет быть любимым и уважаемым. У каждого есть потребность чувствовать себя успешным, большим, сильным и уверенным. И каждый хотел бы любить других людей. Именно реакция на фрустрацию этих трех желаний приводит к депрессии. Эти желания относятся к тематике самоценности, занимающей большое место в психоаналитической теории нарциссизма (см. главу IV.3).

У депрессивных людей отсутствуют те механизмы защиты, которыми может распоряжаться нарциссическая личность. Это указывает на их качественное различие. Но депрессивным людям все-таки доступны такие механизмы защиты, как расщепление, интроекция и проекция. Особенно типичен для них защитный механизм инкапсуляции (Rosenfeld, 1992). Например, депрессивный человек бессознательно пытается с помощью инкапсуляции спасти свое самоуважение («истинную самость» в смысле Винникотта – Winnicott, 1967) от обесценивающих и разрушительных процессов. Хотя это и способно защитить истинную самость, она будет бесполезна для этого человека, ведь она теперь стала недоступной. Таким образом, подобный механизм защиты нельзя считать эффективным.

Не более пригодной кажется попытка защиты через идентификацию с угрожающим, преследующим или наказывающим объектом. Успех такой защиты состоит в том, что человека больше не мучают, он избавляется от постоянного преследования, наказания и осуждения. Но дается это ценой частичной потери самости.

Депрессивный процесс

Депрессивный процесс заключается в том, что части личности («Я» в фрейдовской структурной модели) изменяются под воздействием угрожающих инстанций («Сверх-Я» в фрейдовской структурной мо-

дели). Их «завоевывает», «оккупирует» сначала угрожающая, а потом и напрямую атакующая инстанция (да простят нас читатели за использование военных терминов); в конце концов она их «поглощает», если не сказать «пожирает». Однако депрессивный процесс может состоять и в том, что Я как бы приносит себя в жертву мнимому или реальному превосходству Сверх-Я и позволяет себя «поглотить» или «сожрать». В результате получается полная капитуляция Я. Чаще всего граница между собственной территорией Я и оккупированной областью оказывается подвижной и постоянно меняется, причем побеждает то одна, то другая сторона. Эта метафора дает приемлемое объяснение для описанных психиатрами различных состояний – от заторможенной депрессии, при которой Я полностью капитулировало перед Сверх-Я, до возбудимой депрессии, при которой борьба между Я и Сверх-Я идет полным ходом (см. рисунок 10).

В своей наглядно-образной манере Фрейд (Freud, 1916–1917g, S. 437) говорит, что «тень объекта» упала на Я. Сомнительная выгода от такой защиты состоит в том, что больше не надо постоянно сталкиваться с угрожающим, наказывающим и преследующим объектом. Правда,

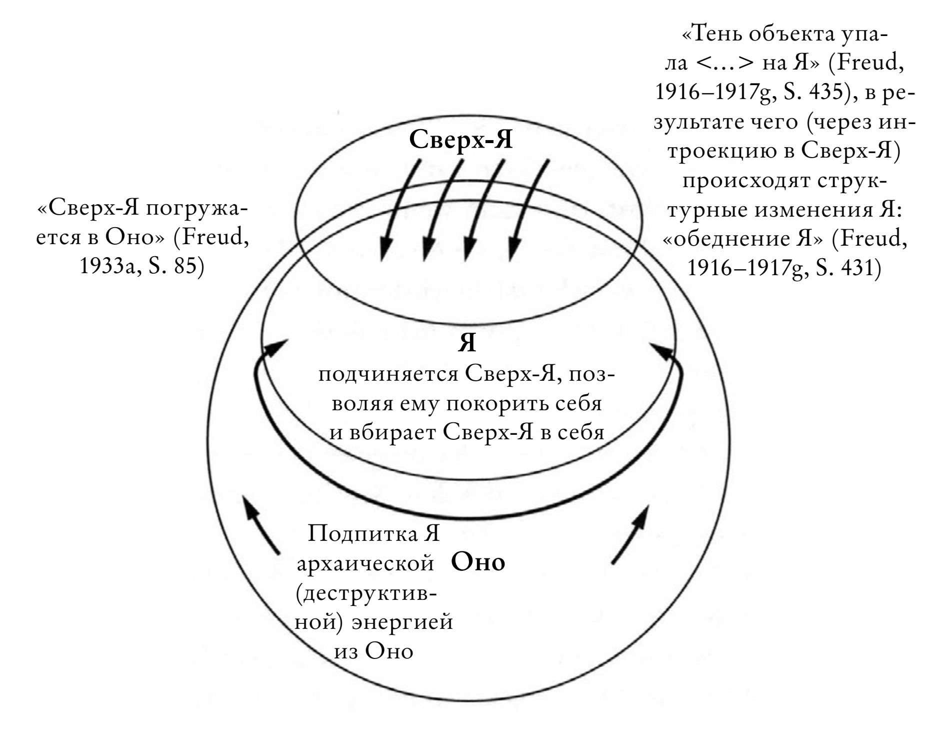


Рис. 10. Невротический тип депрессии. Я почти полностью «поглощается», «пожирается» сферой Сверх-Я. Сверх-Я тенью падает на Я

потеря самости – высокая цена за такой выигрыш. Еще один недостаток состоит в том, что под воздействием депрессивного процесса «поглощения» Я утрачивает также и добрые части объекта и больше не может ими пользоваться. Когда яблоко съедено, мы уже не можем держать его в руке. В отличие от невротической депрессии при психотической депрессии свои и чужие части личности четко не отделены друг от друга. По этому психодинамическому признаку психотическая депрессия столь же психотична, как и шизофрения, хотя депрессивная личность и не расщеплена на множество частей, как личность шизофреническая. Здесь просматривается четкое качественное отличие от невротической депрессии, при которой границы между Я и не-Я всегда строго соблюдаются.

В заключение представим депрессивный процесс в хронологическом порядке:

1) он начинается с разочарования в самом себе или в других;
2) возникает нарциссическая обида;
3) невозможно вытерпеть возникшую беспомощность;
4) в качестве компенсации за пережитую обиду делается бессознательная попытка получить от объекта нарциссическую подпитку;
5) существующая при этом зависимость дополнительно переживается как нарциссическая обида, так что ее приходится отрицать;
6) невыносимая зависимость от могущественного объекта легче переносится за счет того, что этот объект дискредитируется и обесценивается;
7) это может принести удовлетворение.

Но при этом человек наносит вред самому себе, так как никакой нарциссической подпитки обесцененный объект дать уже не может. Ведь теперь получается, что другой человек ничем не лучше нас самих. Правда, на какое-то время это может хотя бы примирить нас с самим собой. Но малейшие поводы, малейшая провокация могут снова нарушить это сомнительное равновесие. Тогда ярость как реакция на фрустрацию может легко разрушить именно тот объект, от которого человек зависит. С одной стороны, это можно было бы считать успехом, триумфом, а с другой – человек как раз рубит сук, на котором сидит. Чтобы избежать этого, он направляет агрессию на самого себя. А это опять-таки воспринимается как наименьшее зло, что в результате приводит к сильнейшим сомнениям в себе и резкому снижению самоуважения.

В случае невротической депрессии представляется целесообразным объединить данные нейробиологии и психоанализа. Точка пересечения обеих научных дисциплин – это аффект депрессии, с психоанали-

тической точки зрения понимаемый как следствие потери идеального объекта, а также как частичная потеря самости в результате нарциссических отношений. Эмпирические исследования в различных областях науки показали, что ранняя и внезапная разлука ребенка с матерью ведет к депрессивным аффектам и реакциям. Это вообще типичный для многих приматов психобиологический ответ на травматический опыт потерь. Здесь сходятся позиции психоанализа, а также результаты исследований по психологии привязанности, психологии развития и нейробиологии. Биологическая психиатрия попыталась прояснить вопрос генетической предрасположенности к возникновению аффективных расстройств (Marneros, 1989; Helmchen et al., 2000); при этом были обнаружены нарушения в системах обмена дофамина и серотонина, которые на нейробиологическом уровне отвечают за возникновение аффектов. В этой области, как и в исследованиях шизофренных психозов, есть весьма интересные и многообещающие исследовательские работы, в которых проясняются условия возникновения этих тяжелых психических заболеваний.

2.5. Невроз страха

Симптоматика

Характерными проявлениями этой болезни являются соматизация и специфические жалобы непсихотического свойства: на неприятные ощущения в сердце, головокружение, поносы, учащенное дыхание, холодный пот от страха, а также убежденность в близкой смерти из-за какой-то физической болезни. Приступ невроза страха (паническая атака) может длиться минуты или часы, сопровождаясь учащенным пульсом, обильным потоотделением, усиленным дыханием и повышением давления. Поэтому такие пациенты часто обращаются за скорой медицинской или психиатрической помощью или приходят на прием к врачу-терапевту. Но назначенное соматическое диагностическое обследование обычно ничего не выявляет. Благодаря участию и доброжелательному вниманию со стороны медиков больные часто успокаиваются, а так как результаты обследований свидетельствуют об отсутствии патологии, то на какое-то время наступает облегчение; правда, потом нередко возникают рецидивы приступов страха. Кроме того, панические атаки сопровождаются ощущением полной беспомощности и абсолютного бессилия. Большинство пациентов твердо убеждено в соматическом, органическом происхождении своей болезни. Невроз страха нужно отличать от фобии и от ипохондрии, что можно сделать с помощью дифференциальной диагностики (Nissen, 2003).

Фобия характеризуется более высоким уровнем структуры личности, и, как и в случае с ипохондрией, здесь удается связать страх симптомом. Исследователи спорят о том, указывает ли невроз страха на структурный дефект Я, эквивалентный выпадению функций, и следует ли искать его причину в крахе защиты, или же в формировании симптома при неврозе страха выявляется динамика по типу конфликт – защита от него, а симптом предназначен для контроля над экзистенциальными страхами, душевной болью, чувством вины и агрессивными конфликтами (Mentzos, 1984).

Психодинамика

В своей топографической модели Фрейд разграничивал актуальные неврозы и неврозы переноса. Он относил невроз страха к актуальным неврозам и считал соматизацию и конкретизм патогномическими (неразделными от болезни) признаками. В современной терминологии можно сказать, что функция символизации и репрезентации при неврозе страха не развита и/или регрессивно заблокирована. С психогенетической точки зрения, здесь предполагается фиксация на «восьмимесячном страхе», так как на этой стадии происходят первые дифференциации репрезентантов самости и объектов, а константность объектов, в понимании Малер, еще не сформирована. Поэтому в психодинамических гипотезах предполагается, что при неврозе страха дифференциацию самости и объекта не удалось завершить в полной мере; также предполагается, что интегрированные только добрые и только злые репрезентанты самости и объектов, а также достигшие константности объекты не были стабильно интернализованы:

> «Пациент с неврозом страха страдает лабильностью или слабостью константности объекта… Пациент может компенсировать эту слабость и лабильность пространственным присутствием и постоянным контактом с вызывающими доверие внешними объектами. И напротив, такой пациент испытывает острое беспокойство, если ему приходится расставаться с этими людьми, если он теряет этих значимых лиц или если из-за собственного стремления к автономии он дистанцируется от них или даже проявляет агрессивные импульсы против этих людей» (Mentzos, 1984, S. 21).

Предполагается, что люди, страдающие неврозом страха, пользуются смещением: хотя страх смерти

> «первоначально является страхом утраты своего психического существования (потери своего репрезентанта самости), он из-за смещения превращается в страх за свое здоровье и физическое существование. Манифестный (яв-

ный) страх – это лишь конкретизация и символическое представление страха психической потери самости, который человек, собственно, и испытывает» (там же, S. 22).

Современные гипотезы

С учетом объектных отношений была выдвинута гипотеза, что реальные, а также внутренние объекты людей, страдающих неврозом страха, блокируют возникновение, а следовательно, и переживание сильных чувств защитными процессами (механизмами защиты), такими как отрицание, расщепление, проекция, «из-за чего важный эмоциональный опыт „разбавляется“ сразу же, как только возникает. Интеракциям придается слишком малое значение, что не позволяет им успешно интериоризоваться и оказывать определяющее влияние. Таким образом возникают, так сказать, невыразительные репрезентанты… [Человек, страдающий неврозом страха] остается зависимым от актуализации, так как она основана на отвлечении и избегании, что не способствует интериоризации и дальнейшему развитию. Дилемма человека, страдающего неврозом страха, представляется так: невозможно сформировать надежные репрезентанты без достаточной аффективной жизни, но страдающий неврозом страха избегает любых аффектов, так как та давняя интеракция[1], которую он постоянно актуализирует, состоит в избегании аффектов» (Schoenhals-Hart, 2006, S. 197).

Представляется, что альтернативой приведенной выше гипотетической схеме может быть интериоризация именно такого вида взаимодействия с внутренними объектами, которое затем проявится в динамике переноса/контрпереноса. С точки зрения вышеупомянутой дилеммы, репрезентанты зафиксированы не слабо, а нестабильно, так как этот специфический вид взаимодействия переживается как разрушительное нападение (возможно, вследствие проекции). Это деструктивное влияние выражается в том, что они лишают самость глубоких аффектов и эмоциональности. Такой вид внутренних объектных отношений, основанных на избегании сильных эмоций и блокаде аффектов, воспринимается как разрушительное нападение этих внутренних объектов на самость. Однако возможно, что это деструктивное качество возникло за счет проекции собственного садизма на внутренние объекты). Кроме того, новейшие научные работы подтверждают влияние деструктивного Сверх-Я (по Биону) и возника-

[1] Под «давней интеракцией» здесь понимается пережитый в инфантильной ситуации опыт отношений с объектом, блокирующий возникновение аффектов. – *Прим. Т. Мюллера.*

ющих вследствие этого сильнейших конфликтов, связанных со стыдом и чувством вины, что приводит к накоплению суммы психически не символизируемого телесного возбуждения (физиологическому состоянию страха) (Plänkers, 2003), а также – с учетом страха сойти с ума, во власти которого находятся многие люди, страдающие неврозом страха,– к проекции оказавшегося ненадежным объекта на жизненно важный орган – мозг (Mentzos, 1984). Это сопровождается страхом, что чувства и мысли, испытываемые к объектам, могут вызвать невыносимые душевные состояния (что, в приниципе, возможно) (Green, 2002b).

2.6. Ипохондрия

Единый синдром

Ипохондрия относится к тем заболеваниям, с изучения которых начинались западная медицина и психология. С античных времен ипохондрия описывается во всех главных психологических и медицинских учебниках и традиционно ассоциируется с меланхолией (депрессией) (Müller, 1990). С феноменологической точки зрения, она представляет собой единый синдром. Ее патогномический признак – твердая убежденность человека в том, что он страдает опасным для жизни соматическим заболеванием, которая вызывает мучительный страх смерти. При этом всесторонние диагностические исследования, не выявляющие никакой патологии, не приносят больному облегчения. Ипохондрия не образует никакой нозологической категории (Küchenhoff, 1985; Hirsch, 1989; Röder et al., 1995; Nissen, 2003).

Ипохондрические синдромы могут сопровождать различные заболевания. Зачастую бывает довольно трудно провести дифференциальную диагностику, чтобы отличить ипохондрию от органических болезней, сопровождающихся переживаниями тревоги. В контексте уровневой структуры психики (см. главу VII.3.1) напрашивается следующий вывод: при более высоком структурном уровне ипохондрию нужно отличать от садомазохистских личностных расстройств. На низком структурном уровне часто только в ходе длительного анализа или терапии удается провести разграничение между ипохондрией и нарциссическими или пограничными расстройствами личности, так как здесь центральное значение имеют преходящие и хронические ипохондрические симптомы. На еще более низком (психотическом) структурном уровне ипохондрия выступает как моносимптоматический бред (бредовое расстройство), и тогда ее приходится отличать от дисморфофобного бреда. Кроме того, ипохондрические симптомы могут со-

провождать ценестезическую шизофрению[1] (Müller, 2003b) и нередко обнаруживаются при аффективных психозах как часть бредовой симптоматики (Röder et al., 1995). С феноменологически-симптоматологической точки зрения, такого рода дифференциальная диагностика согласуется с описательной психиатрической нозологией (Fuchs, 2000), а в динамическом и структурном отношении отвечает мнению ряда авторов, придерживающихся психологии самости и кляйнианского направления, а также представителей теории объектных отношений, которые, по-разному расставляя акценты, также различают формы невротической и психотической ипохондрии.

Особые точки зрения

Розенфельд, опираясь на Фрейда, с позиции теории объектных отношений различает две версии ипохондрии:

«собственно ипохондрия – это выраженный хронический психоз, обычно с плохим прогнозом, и ипохондрические состояния, которые носят скорее преходящий характер и могут иметь психотическое или невротическое происхождение. Ипохондрические состояния встречаются при неврозах и психозах <…> в то время как хроническая ипохондрия – это, по-видимому, все-таки синдром совершенно иного рода» (Rosenfeld, 1964, S. 205 и далее).

Розенфельд углубил представления М. Кляйн, которая «подчеркивала, что даже в случае нарциссических состояний, таких как ипохондрия, либидинозные и агрессивные импульсы остаются связанными с хорошими и плохими объектами в Я» (там же, S. 213) и потому обращают на себя внимание только феноменологически, как поведение, связанное с избеганием объектных отношений. Подобно Кляйн, Розенфельд также полагал, что глубинный источник страха при ипохондрии следует искать в «боязни преследования внутри тела (нападение со стороны интроецированных преследующих объектов или вред, нанесенный внутренним объектам своим собственным садизмом от соприкосновения с опасными экскрементами»). Но, в противоположность Кляйн, Розенфельд считает, «что неспособность ипохондрика использовать механизм проекции оказывается лишь обманчивой видимостью» (там же, S. 214). По этой причине Розенфельд придает большое значение механизму интроекции:

[1] Один из вариантов ипохондрической шизофрении, характеризующийся преобладанием в клинической картине совокупности ощущений, исходящих от собственного тела (сенсопатий); близок к шизофрении сенестопатической. – *Прим. ред.*

«На мой взгляд, ипохондрический пациент постоянно проецирует части своей психической, а иногда и физической самости – а также внутренние объекты – во внешние объекты. Однако для ипохондрии характерно, что внешний объект после проекции сразу же интроецируется обратно в Я и отщепляется в тело или в определенные органы. У многих пациентов случаются многократные репроекции и реинтроекции» (там же, S. 215).

Кроме того, Розенфельд обращает внимание на важность патологических расщеплений и возникающих вследствие этого состояний замешательства. Такие состояния трудно переносимы для Я, потому что хорошим частям самости и объектов угрожают захватом «плохая самость и плохие объекты, с которыми они смешаны» (там же). Здесь невозможно проработать депрессивную позицию, потому что необходимым условием для этого является нормальное разделение между хорошими и плохими объектами и частями самости, а также возможность возмещения (механизм, посредством которого субъект старается возместить ущерб, причиненный объекту любви его разрушительными фантазиями). Поэтому «из-за неудачи нормального расщепления и дифференциации между хорошими и плохими объектами развиваются ненормальные процессы или механизмы расщепления, позволяющие избавиться от замешательства», которые затем переносятся в тело (там же, S. 218). Таким образом, хроническую ипохондрию можно рассматривать не просто как некое регрессивное состояние, но как «защитное образование, спасающее от острой шизофрении или параноидного психоза» (там же, S. 219).

С точки зрения психологии самости, при ипохондрии можно выделить нарциссическую и невротическую динамику: «При невротической реакции за ипохондрической фантазией могут скрываться бессознательные конфликты; при нарциссическом расстройстве характера <…> ипохондрия нужна для того, чтобы защищаться от угрожающей фрагментации самости» (Hirsch, 1989, S. 77). Как и Кохут, Хирш понимает «ипохондрию не только как сигнал и проявление фрагментации самости, но и как попытку ее предотвращения» (там же), причем актуальный повод чаще всего можно найти в потере объекта самости или в нанесенной им обиде: «Таким образом, тело или его части при помощи ипохондрии занимают место объекта самости, необходимого для когерентности самости» (там же). В психодинамическом отношении очень важны конфликты и амбивалентности, связанные с расставанием, а также страх, что «партнер накажет своим уходом» (там же, S. 84). Хирш, опираясь на ранние работы А. Фрейд, исследует типы поведения первичных объектов, которые нужно рассматривать в сочетании с невротическим «конфликтом между автономией и зависимостью» и с нарциссическим конфликтом «выхода из симбиоза и по-

вторного сближения». «В первой группе матери сами хронически больны или страдают ипохондрией и, вызывая у ребенка с помощью своей болезни чувство вины, не дают ему прервать психологическую связь <…> вторая группа отличается чрезмерной озабоченностью физическим здоровьем ребенка» (там же, S. 87 и далее). Совсем недавно Ниссен с соавт. (Nissen et al., 2003) выдвинули положение о центральной (в аспекте психодинамики) роли конфликтов, связанных с расставанием и зависимостью. Орально- и анально-садистские, а также нарциссически-перверсные формы защиты активируются, чтобы блокировать экзистенциальные страхи расставания. Так как со временем попытки экстернализации и реинсценировки в актуальных отношениях проваливаются, то в конце концов развивается ипохондрическая симптоматика, если эти структуры отношений реинтроецируются в телесный орган. Теперь ипохондрические симптомы служат для защиты от страха перед разрушительной фрагментацией самости.

3. Общая теория расстройств личности

3.1. Структурные уровни

Большую часть клинической психоаналитической практики, наряду с симптоматическими неврозами, составляет группа расстройств личности. Созданная Кернбергом (Kernberg, 1976) клиническая типология расстройств личности представляет собой эмпирически подтвержденную теорию личностных расстройств. В основе этой типологии лежит попытка связать описательный диагноз характера с соответствующим структурным уровнем патологии характера. Кернберг классифицирует расстройства личности по следующим структурным показателям: патология Я и Сверх-Я, патология интернализованных объектных отношений, нарушение развития дериватов либидинозных и агрессивных влечений. В соответствии с этой классификацией можно обнаружить различные организационные уровни психических структур.

1. Высший структурный уровень. При таких расстройствах наблюдается хорошо интегрированное, но строгое, карающее Сверх-Я. Я пациента тоже отличается хорошей интегрированностью; у него выработались стабильная идентичность Я, по Эриксону, стабильная концепция самости, а также стабильные, интегрированные репрезентанты самости и объектов. Бессознательные конфликты имеют преимущественно эдипальную природу, а защитные механизмы центрированы вокруг вытеснения. Присутствует способность выдерживать

амбивалентные переживания в рамках отношений с целостными объектами. Защита характера чаще всего состоит в формировании реакций на вытесненные инстинктивные желания (оральные, анальные и т. д.), но в самой этой защите активность влечений не проявляется. Пациенты хорошо интегрированы в социальную сферу, показывают стабильные объектные отношения, способны на настоящее чувство вины и работу по возмещению ущерба, причиненного объекту любви. По Кернбергу, большинство истерических, депрессивно-мазохистских, а также навязчивых характеров находятся на этом высшем структурном уровне.

2. Средний структурный уровень. На этом уровне Сверх-Я носит более карающий характер, оно более ярко выражено и не так хорошо интегрировано, как на высшем структурном уровне. Сверх-Я может проявлять первые признаки расщепления, имплицируя и в то же время терпя противоречивые, но все-таки существующие рядом друг с другом требования, такие как запреты агрессивных, отчасти анально-садистских импульсов. Однако Сверх-Я может также замещать в области Я-идеала магические, идеализирующие представления. Из-за этой недостаточной интеграции Сверх-Я отдельные его части могут проецироваться, что, с одной стороны, приводит к чрезмерной зависимости от идеализированных объектов или носителей Я-идеалов, а с другой – к сильному преследующему чувству вины (страх перед авторитетами). Хотя в центре защитной структуры по-прежнему находится вытеснение, но защита характера оказывает менее парализующее влияние и уже сильнее окрашена инстинктивными потребностями, т. е. операции защиты частично уже служат удовлетворению влечений. Наряду с вытеснением, присутствуют также механизмы интеллектуализации, отрицания («делания неслучившимся») и рационализации, а отчасти и более мягкие формы проекции и расщепления. У таких пациентов чаще проявляются прегенитальные, прежде всего оральные импульсы, сильнее выражена склонность к регрессии. Тем не менее, агрессивные импульсы влечений на этом среднем структурном уровне еще сильно ослаблены либидинозными импульсами. Присутствует способность к стабильным объектным отношениям, как и толерантность к амбивалентности, умение дифференцировать и переносить аффекты. По Кернбергу, на этом среднем уровне организованы, прежде всего, садомазохистские личностные расстройства, многие нарциссические расстройства личности, оральные, а также пассивно-агрессивные патологии характера. Сюда же относятся и более легкие нарциссические личностные расстройства, такие как фаллически-нарциссический характер или истерические личностные расстройства с преимущественно нарциссическим оттенком (мстительный тип, тип исполнения желаний).

3. Низкий структурный уровень. Его основной отличительный признак – синдром диффузии идентичности. У пациента нет интегрированной концепции самости или стабильных внутренних репрезентантов. Образы самости и объектов расщеплены на «только хорошие/добрые» и «только плохие/злые» варианты. Сверх-Я минимально интегрировано, и вследствие этого сильно выражена склонность к проекции и проективной идентификации ядер Сверх-Я, что приводит к нереально завышенным, идеализированным отношениям, с одной стороны, а также к преследующим, вызывающим сильную тревогу отношениям – с другой. Почти нет толерантности к амбивалентности, дифференциации аффектов и толерантности к аффектам. Аффекты редко переживаются как сигналы, они часто ощущаются как автоматически возникающие и тем самым как бы «выходящие из берегов» состояния. Способность к участию, чувство вины и благодарности не выражены. Этот низкий структурный уровень патологии характера приблизительно соответствует структурным и динамическим отношениям, которые кляйнианская теория объектных отношений причисляет к параноидно-шизоидной позиции, а Кохут относит к архаическим имаго самости и объектов. Главные механизмы защиты – это расщепление и проективная идентификация, а также идеализация и всемогущее отрицание, которые не только отвечают за исчезающую интрапсихическую границу между Я и Сверх-Я и между репрезентантами самости и объектов, но и между самостью и внешними объектами. Склонность к регрессии максимальная. Отмечаются тяжелые поражения синтезирующих и организующих функций Я, что выражается в быстрой смене различных эго-состояний и объектных представлений. На этом низком структурном уровне проявляется используемая из соображений защиты от «только плохих» объектных отношений интроективная идентификация самости с ее идеализированными образами самости и объектов. Характерологическая защита (механизм защиты личности, сформировавшийся в результате опыта ее взаимодействия с фрустрироующими ситуациями внешней среды, а также с учетом личностных свойств индивида) часто направлена на удовлетворение влечений. У таких пациентов преобладает преследующее чувство вины, они страдают от прерывающихся объектных отношений, а также от отношений с самостью. «Только хорошие» и «только плохие» образы самости и объектов находятся в постоянном конфликте, быстро и попеременно проецируясь на внешние объекты. К тому же такие пациенты страдают от сильных агрессивных конфликтов прегенитальной природы и часто демонстрируют также сгущение прегенитальных и генитальных конфликтов. Не достигнута стадия константности объекта; есть фиксации на стадии кризиса повторного сближения. Этот уровень структуры, называемый также «пограничным» уровнем, характерен для большинства

инфантильных личностей, для многих нарциссических (в узком смысле[1]) личностей, для антисоциальных патологий характера, препсихотических, гипоманических, шизоидных и параноидных личностных расстройств. Да и большинство характеров «как если бы» и структурных перверсий, а также синдромов зависимости (алкогольной, табачной, игровой зависимости, наркозависимости, трудоголизма и т. п.) находятся на этом структурном уровне, так же как и собственно пограничное расстройство личности.

Клинически полезна и эмпирически надежно подтверждена дифференциация на истерические и инфантильные расстройства личности. Истерическая личность, находящаяся на высшем структурном уровне, наделена сильным Я и интегрированным Сверх-Я и проявляет регрессивное поведение только в реальных и символически сексуальных ситуациях. Импульсивность и эмоциональная лабильность также ограничиваются сексуальными интеракциями. Как эксгибиционистские тенденции, так и потребности в зависимости всегда укладываются в контекст сексуальных интеракций. Истерические личности хотят быть любимыми, находиться в центре внимания, казаться привлекательными. Для них характерно специфическое сочетание псевдогиперсексуальности и сдерживания сексуальности, проявляющихся, с одной стороны, в сексуально провоцирующем поведении, а с другой – во фригидности в сексуальных отношениях, которые, в свою очередь, опять-таки характеризуются «качествами треугольника»[2]. Часто у них возникают импульсы к актуализации мазохистских потребностей. Истерическая личность соперничает с представителями обоих полов, чаще всего с другими женщинами из-за мужчин; в соперничестве с мужчинами, наоборот, проявляется их бессознательно переживаемая неполноценность и фантазия о превосходстве мужчин, точнее фаллоса. Истерички нарциссичны в том смысле, что они экстравертированны и эксгибиционистичны. А инфантильная личность, находящаяся на низком структурном уровне, проявляет диффузную эмоциональную лабильность во всех объектных отношениях, страдает диффузией идентичности и не проявляет глубокой эмоциональной привязанности к другим людям. Она крайне зависима от слишком идеализируемых объектов и проявляет зависимое и требовательное поведение. Ее

[1] К ним не относятся анально-нарциссические черты характера или фаллически-нарциссические личностные расстройства и структуры. – *Прим. Т. Мюллера.*

[1] Кажется, что отношения имеют триангулярную структуру, но в действительности речь идет об объектных отношениях, основанных на защите от расщепления. Это объектные отношения с разделением на только хорошие или только плохие объекты. – *Прим. Т. Мюллера.*

потребность в зависимости и эксгибиционистские тенденции не так сильно сексуализированы, она страдает от незначительных сексуальных ограничений, поэтому чаще выказывает склонность к промискуитету. Сексуализация различных межличностных отношений служит главным образом для поиска обеспечения орального удовлетворения и нарциссической стабильности.

3.2. Психотическая структура личности

На этом структурном уровне размещается вся группа психозов. Ее основной признак – распад структуры самости и объектов, который должен быть возмещен за счет образования новых единиц, сконструированных в результате бредового всемогущества и состоящих из самости и объектов. Общий признак здесь – это утрата тестирования реальности. Кроме того, возможна ее дальнейшая дифференциация: в зависимости от количественных и качественных характеристик распада структуры самости, доли непсихотических частей личности, а также выраженности аффектов можно выделить различные группы аффективных психозов, шизофренных психозов и моносимптоматических психозов (глава VII.10).

Далее мы более подробно представим два клинически довольно часто встречающихся типа расстройства личности.

4. Нарциссическое расстройство личности

4.1. История

Понятие «нарциссизм» первоначально появилось в психиатрии. Этим термином психиатры обозначали поведение, характеризующееся любовными чувствами не к другому человеку (того же или противоположного пола), а к самому себе. Этот термин – производное от имени Нарцисс; так звали юношу из древнегреческого мифа. После разочарования в любви Нарцисс, наконец, влюбился в самого себя, но почувствовал себя таким несчастным, что умер. Историю о Нарциссе можно прочитать в «Метаморфозах» Овидия. Сущность нарциссической проблематики изображена там достаточно ясно.

У Овидия тема трагической любви Нарцисса к себе – это часть дискуссии о любви вообще. Юнона и Юпитер спорят (правда, в изложении Овидия, скорее в шутливой форме) о преимуществах любви и выдви-

гают предположения о том, кто может получить большее сексуальное наслаждение: женщина или мужчина. Юпитер утверждает, что женщины получают больше удовольствия, чем мужчины. Они обратились к Тиресию (фиванскому прорицателю), который прожил целых семь лет, будучи превращенным в женщину, и тот подтвердил слова Юпитера.

4.2. Легенда о Нарциссе

Нарцисс был зачат в результате изнасилования. Он был нежеланным ребенком, который, как пишет Овидий, «заслуживал любви, но не получил ее». Имя Нарцисс происходит от персидского слова *nargis,* от которого образовано и слово «наркоз», и означает оно «оцепеневший, оглушенный, парализованный». С самого начала Нарциссу угрожает смерть. Оракул предсказывает, что Нарцисс проживет до старости, если не увидит своего лица.

Нарцисс вырос и превратился в прекрасного юношу, он страстно хотел любить, но «никто, ни девушки, ни юноши, не могли прикоснуться к красавцу». На охоте Нарцисс встречает Эхо, прекрасную нимфу, трагизм судьбы которой состоит в том, что она не может вести разговор. Она может лишь повторять то, что говорят другие. Эхо влюбляется в Нарцисса и следует за ним, но из-за расстройства речи не может обратиться к нему со словами. Нарцисс, который, как уже было сказано, ради того, чтобы выжить, остается чуждым самому себе, не может уделить внимание Эхо. Когда Эхо приближается к нему, панический ужас заставляет Нарцисса обратиться в бегство: «Прочь, прочь, что есть духу». Нежное прикосновение невыносимо для Нарцисса: «Я скорее умру». Трагическая история любви завершается тем, что Эхо превращается в камень, а Нарцисс – в цветок нарцисс: «К тому, что я узрею и полюблю, я не могу прикоснуться. Любящих сдерживает ужасный обман… Ведь это я сам!»

Что может нам сегодня сказать древнегреческий миф о Нарциссе? В нашей интерпретации это предостережение об опасностях слишком большого себялюбия и об опасностях, связанных с недостатком любви. Когда Юнона и Юпитер спорят о том, кто может сильнее любить: мужчина или женщина,– речь идет только о собственном наслаждении, а не о другом человеке. Так как Нарцисс был нежеланным ребенком, ему не хватало любви. Еще в детстве он не мог понять, что такое любовь и какой она может быть. Поэтому он воспринимает Эхо скорее как опасность, чем как шанс стать любимым и полюбить самому. Когда он в конце концов склоняется над водой и видит свое отражение, он принимает его за образ другого человека и думает, что любит его. Но он обнаруживает, что это лишь иллюзия и что он ошибся. По на-

шему мнению, Нарцисс умирает от недостатка любви. Если человека лишают любви, т.е. если он не может найти никого, кого бы мог любить, ему все же остается любовь к себе.

Раньше в психоанализе под нарциссизмом понималась переходная стадия психического развития. Следовательно (по этим представлениям), путь к любви к другим людям лежит через любовь к самому себе. Любовь к себе и любовь к другому человеку дополняют друг друга, но могут и взаимно исключать друг друга в том смысле, что любовь к себе тем сильнее, чем слабее любовь к объекту.

4.3. Нарциссические расстройства личности

В теории нарциссизма (Kohut, 1971) и в психологии самости (Kohut, 1977) нарциссическим расстройствам личности отводится место между психозами и пограничными расстройствами. Структурные и динамические особенности этой группы пациентов могут, по мнению Кохута, прорабатываться прежде всего путем формирования переноса. Кохут обнаружил у таких пациентов два типичных паттерна переноса – идеализирующий и зеркальный. При идеализирующем переносе на психоаналитика проецируется идеализированное имаго родителей, сформировавшееся из архаического нарциссического объекта самости. Пациент чувствует свою полную зависимость от психоаналитика и живет как бы только под защитой такого идеализированного переноса. По мнению Кохута, спроецированный на психоаналитика идеальный объект должен заполнить структурную пустоту в самости, возникшую из-за травмирующего опыта в отношениях с первичными объектами. При зеркальном переносе, напротив, на психоаналитика проецируется грандиозная самость. Зеркальный перенос может регрессивно изменяться и приводить к развитию архаического переноса слияния или близнецовому переносу (переносу по типу «второго Я»). Обе эти формы переноса, по Кохуту, отражают состояние застоя нарциссической системы регуляции из-за недостаточной рефлексии и эмпатии первичных объектов, что приводит к фиксации на уровне архаической грандиозной самости и архаического нарциссического объекта самости.

С точки зрения теории объектных отношений, нарциссические расстройства личности в узком смысле (т.е. в отличие от патологий, обусловливающих формирование истерического или анального характера с нарциссической защитой, который является выражением нереального Я-идеала и одновременно защитной структурой от анальных и эдипальных конфликтов) характеризуются формированием нарциссической величественной самости. Подобная патологическая нарциссическая структура помогает таким пациентам как-то социально

адаптироваться, в отличие от пациентов, страдающих пограничными расстройствами. Эта патологическая нарциссическая величественная самость представляет собой сгущение репрезентантов реальной самости, идеальной самости и идеального объекта. Ее функция – прятать скрытые за этой структурой потенциально конфликтные элементы личности, чаще всего депрессивной и параноидной природы. Патологически разросшаяся самость на какое-то время помогает пациентам защищаться от конфликтов в межличностных отношениях, связанных с зависимостью, нуждой и завистью:

«Мне вообще не нужно бояться быть отвергнутым, так как я не настолько соотвествую своему идеалу, как следовало бы, чтобы идеальный человек, в любви которого я так нуждаюсь, вообще смог меня полюбить. Нет, эта идеальная личность и мой собственный идеал, моя действительная жизнь – это одно и то же; я сам себе идеал, и этим я гораздо лучше той идеальной личности, которая должна была бы меня полюбить, и мне никто не нужен» (Kernberg, 1975, S. 266).

Только при распаде этой структуры становятся видны типичные для нижнего структурного уровня конфликты и характерные признаки (специфические страхи и защитные образования) (см. главу VII.3.1). Обесцененные или агрессивно заряженные репрезентанты самости и объектов отщепляются и проецируются. С точки зрения теории объектных отношений, патологический нарциссизм нарциссических личностей включает в себя либидинозно и агрессивно нагруженные судьбы развития репрезентантов самости и объектов. С кляйнианской точки зрения, нарциссическая величественная самость представляет собой типичную патологическую структуру. Она должна предоставить место для психического убежища, защищающего от страхов, возникающих при восприятии обособленности и инакости объекта (Rosenfeld, 1987; Steiner, 1993). Когда величественная самость сексуализируется, речь идет о перверсной структуре (Chasseguet-Smirgel, 1964, 1984; см. главу VII.9).

Основное отличие кляйнианской позиции от позиции психологии самости состоит в том, что структурные признаки нарциссических личностей рассматриваются не просто как фиксации на одной из психогенетических стадий развития и как прямое отражение отвержения со стороны первичных объектов, а еще и как защитно-оборонительная реакция самости на этот опыт. Два других отличия связаны с тем, что, с позиции теории объектных отношений, либидинозные и агрессивные судьбы развития репрезентантов самости и объектов, а также либидинозные энергетические заряды и аффективные значения исследуются в сочетании с интериоризированными объектными отношениями.

В анамнезе таких пациентов часто выявляется опыт отношений с родительскими фигурами, которые часто вели себя холодно и со скрытой агрессией по отношению к ребенку и которым инфантильная самость «была нужна» для стабилизации собственных нарциссических потребностей (Kernberg, 1989; Volkan & Ast, 1994).

4.4. Современные взгляды

В последние годы были разработаны различные модели нарциссических личностных расстройств и их отдельных подгрупп. Экстравертированный, экспансивный или толстокожий тип нарциссического пациента (Grunberger, 1988; Rosenfeld, 1987; Green, 2002b; Berelberg, 2004) – это тип надменного, взрывного, часто поверхностного эксгибициониста. Он хочет, чтобы с ним обращались по-особому, чтобы им восхищались, чего, как он считает, он заслуживает за свои огромные достижения, зато других людей он готов обесценивать и презирать. Зачастую он ощущает пустоту и скуку, но может оказаться и донжуаном. Кроме того, он склонен использовать других людей в своих корыстных целях, а потом бросать их «как выжатый лимон». Он не способен испытывать настоящих чувств вины, нет у него ни сочувствия, ни благодарности. Другие люди служат для него скорее аудиторией, отражающей его грандиозную самость. Иногда проявляются скрытые или явные перверсивные черты, склонность к манипуляции и использованию других людей. Грандиозность полностью эгосинтонна. И наоборот, тонкокожий, сверхбдительный и хмурый тип нарциссических пациентов склонен скорее к избеганию, живет в постоянном страхе перед осуждением и обесцениванием. Малейшие разногласия могут вызвать у него сильные обиды, поэтому он часто чувствует, что его преследуют и с ним плохо обращаются. Для него характерны такие качества, как робость, замкнутость, скованность и избегание социальных отношений. Часто его внутренний мир бывает переполнен ощущениями беспомощности, отчаяния, хроническим чувством недостаточности. Он часто страдает от чрезмерных страхов опозориться. Оба типа нарциссических пациентов представляют собой крайние проявления нарциссических личностных расстройств. Здесь действуют все моменты, которые были описаны выше в аспекте низшего структурного уровня. Новейшие исследования показали, что нарциссические расстройства личности, по-видимому, охватывают целый континуум, включающий: уровень отчетливых пограничных расстройств; вторую группу, которая путем формирования нарциссической величественной самости защищается от характерных для первой группы хаотичных колебаний чувств и отношений, и третью группу, находящуюся на самом высоком функцио-

нальном уровне и отличающуюся хорошей адаптацией; ее представители не чувствуют себя больными, но могут испытывать хроническое чувство пустоты и скуки.

Среди представителей первой группы нарциссических личностных расстройств также присутствует целый спектр патологий вплоть до перверсивных личностных расстройств, а также антисоциального и психопатического личностного расстройства с синдромом злокачественного нарциссизма.

Показательный случай из практики

Сорокалетнего архитектора, когда он был ребенком, держали в неведении относительно его собственной идентичности (только в подростковом возрасте он узнал, что человек, которого он считал отцом, на самом деле был ему не отцом, а «дядей»). Он испытывал привязанность к своей гражданской жене, которая в отношениях играла скорее роль матери. Он очень сильно сомневался в себе. Эти сомнения подкреплялись замедленным и затрудненным мышлением, невозможностью говорить свободно, полной неуверенностью в общении с людьми и, кроме того, постоянными опасениями, что из-за «проблем с сердечно-сосудистой системой» он не справится с требованиями повседневной жизни. Все его симптомы легко объяснялись нехваткой доброжелательного внимания к нему в детстве, непониманием со стороны взрослых и некоторыми душевными ранами.

Во время аналитического процесса было интересно следить за тем, как мышление и действия пациента, его собственные чувства и переживания становились центром внимания обоих участников процесса. При этом пациенту удалось наверстать упущенное в детстве и получить опыт, когда другой человек интересовался им, его мыслями, его поступками, его чувствами и его восприятием собственного тела. Интуитивно чувствуя, что ему нужно, пациент в дополнение к психоанализу, который в основном ограничивается беседой, уверенно искал и находил другие возможности для того, чтобы с ним занимались, чтобы ему уделяли внимание: преподавательница йоги помогла ему ощутить себя по-новому, тренер по лыжам показал приемы искусства владения телом, а тренер в бассейне научил его плавать, хотя он с детства боялся воды. Во время психоанализа важно было в течение многих часов внимательно выслушивать рассказы пациента о его новом опыте познания себя и своего тела, эмпатически сопереживая ему, находя слова и предложения для его переживаний и давая ему почувствовать, что этим он наверстывает упущенное, приобретает нечто жизненно важное для себя. Дальнейшее развитие этого пациента, пройдя стадию стабилизации его здорового нарциссизма, пошло в неожиданном на-

правлении. Ему не только удалось найти новую женщину, с которой он построил отношения, основанные на взаимном уважении, но и развил бурную художественную деятельность. То, как проходил этот анализ, подтверждает, что благодаря достаточно длительному, терпеливому вчувствованию можно наверстать упущенное в детском развитии, что ранее в психоанализе считалось невозможным.

5. Пограничные расстройства

5.1. Симптоматика и структура

Пациент, страдающий пограничным расстройством, часто демонстрирует симптомы хоронической диффузной, разлитой тревоги, полиморфно перверсного сексуального поведения и разнообразные невротические симптомы (например, ипохондрические, диссоциативные, параноидные). Структура личности пациента с пограничным расстройством отличается следующими особенностями:

1) соединением предэдипальных и эдипальных конфликтов в сочетании с преждевременным проявлением эдипова комплекса;
2) смещением орально-агрессивных конфликтов с матери на отца;
3) чрезмерным агрессивным зарядом эдипальных конфликтов и чрезмерными эдипальными страхами (страх кастрации, зависть к пенису), типичными для этой стадии;
4) патологической идеализацией как гетеросексуального, так и гомосексуального объекта любви, часто служащей для защиты от ненависти к ним.

Следовательно, пограничное расстройство личности является специфической структурной организацией, характеризующейся защитными механизмами и внутренними объектными отношениями, типичными для низкого структурного уровня. Пограничное расстройство личности – это не описательный диагноз и не изолированное личностное расстройство. Исторически исследования пограничных расстройств личности начинались с вопроса о том, существует ли вообще такой спектр заболеваний, как шизофрения. Прежними понятиями для психических расстройств, которые невозможно было отнести ни к неврозам и личностным расстройствам, ни к психозам, были шизофрения, поддающаяся амбулаторному лечению, препсихотическая личность, псевдоневротическая шизофрения, пограничная шизофрения. Действительно,

в основе всех современных работ, посвященных изучению пограничных состояний, лежит попытка выяснить, существует ли «пограничная шизофрения» и насколько точно эту группу можно дифференцировать от пациентов с «психотическими личностными структурами», или «атипическими», «скрытыми», «простыми» или «остаточными» формами шизофрении, и от настоящих пограничных личностей, совершенно точно не психотических (Kernberg, 1984, S. 133).

Новейшие исследования открыли широкий спектр подтипов в рамках пограничной организации личности:

- случаи, пограничные с психозом;
- «как будто» личности, ложная самость;
- множественные личности;
- ядерный пограничный синдром.

Для всех этих четырех групп характерны вышеописанная динамика, а также признаки низкого структурного уровня.

5.2. Защита

Наряду с чувствами пустоты и бессмысленности обнаруживаются существующие отдельно от них идеи величия, представления о собственной грандиозности и совершенстве. Личность как бы расщеплена на две части: одна часть чувствует себя совершенной и великолепной, а другая – пустой и бестолковой (Rey, 1988; Steiner, 1993). Силы защитных механизмов расходуются на то, чтобы постоянно удерживать обе противоречащие друг другу психические области отдельно друг от друга. Причем в каждый момент времени всегда осознается только одна часть, а другая остается бессознательной. Особенностью пограничных личностей является то, что состояния совершенного величия и беспомощной пустоты и бессмысленности могут быстро сменять друг друга.

Наряду с противоречивыми образами самого себя существуют противоречивые образы значимых лиц. Они тоже кажутся либо величественными и идеальными, либо безмерно плохими и ни на что не годными. И подобные представления также могут быстро сменять друг друга. Из-за этого в отношениях с другими людьми присутствуют быстро меняющиеся паттерны интеракций: в одном состоянии человек кажется самому себе великолепным, а других людей в своем окружении он воспринимает как презренных, мелких и зависимых; в другом он чувствует себя ничтожным и зависимым, а других людей считает замечательными.

Однако мы должны представлять себе, что речь здесь идет об отношениях, связанных с сильными аффектами. Следует назвать зависть, ярость, ненависть, презрение и все формы обесценивания, такие как издевательство, высмеивание и т. д. Причем такие чувства могут направляться то на других людей, то на самого себя. Так как благодаря защитному механизму расщепления обесценивающие процессы и процессы идеализации себя или другого человека хорошо отделены друг от друга и не мешают один другому, формирующаяся в результате такой защиты система пограничной личности может работать достаточно хорошо.

Такая система работает особенно удачно, когда человеку с пограничной структурой личности удается включить в систему другого человека (в качестве интерперсональной защиты), причем этого человека идеализируют и им восхищаются, а самого себя презирают. Возможна и обратная ситуация, когда другой человек обесценивается, к нему относятся с пренебрежением, в то время как самого себя идеализируют. На схеме (рисунок 11) показаны два вида расщепления: вертикальное и горизонтальное. Вертикальное расщепление отделяет обесцененные части самости и объектов от соответствующих идеализированных областей самости и объекта, в то время как горизонтальное расщепление отделяет друг от друга образы объекта и самости.

Такая многократно внутренне расщепленная личность не может быть уверена в себе, не может излучать уверенность и, прежде всего, не может быть надежной. В результате формируется неуверенная, слабая личность. Причем она является слабой даже тогда, когда, обладая хорошим интеллектом, на первый взгляд таковой не кажется: умные пациенты с пограничной личностью могут с помощью своего интеллекта так маскировать свои слабости, что долго держат окружающих в заблуждении относительно своих реальных недостатков.

Решающее значение имеет то, что эти защитные механизмы расщепления, проективной идентификации, отрицания и деперсонализации, а также патологической идеализации и обесценивания представляют собой не дефекты в структуре Я, а активную деятельность Я, которая, правда, вторично значительно ослабляет Я, кажущееся поэтому «дефектным». Несмотря на хроническое состояние диффузной идентичности, тестирование реальности структурно остается сохранным.

5.3 Типичные расстройства объектных отношений

Перечисленные защитные механизмы находятся в тесной зависимости от типичных отношений с внутренними объектами, расщепленными на хорошие, идеализированные и плохие, преследующие. Хотя репрезентанты самости и объектов психически дифференцированны

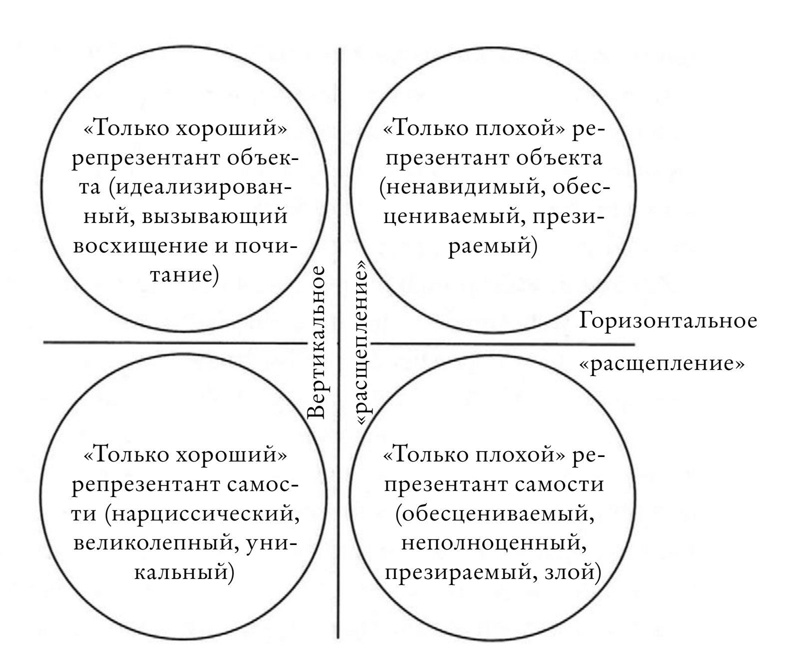


Рис. 11. Структура пограничных личностей (по Кернбергу – Kernberg, 1975, модифицировано)

Вертикальное «расщепление» отделяет обесцененные (злые) и идеализированные (добрые) части самости и объектов друг от друга. *Горизонтальное* «расщепление» удерживает репрезентанты самости и объектов отдельно друг от друга. Клинически возможны четыре констелляции.

1) Индивид осознает себя великолепным и объект – таким же идеальным. Плохие репрезентанты самости и объектов отрицаются за счет вертикального расщепления.
2) Индивид на сознательном уровне ощущает себя самого и объект одинаково презренными, что соответствует состоянию депрессии; идеализированные репрезентанты самости и объектов защищены с помощью вертикального расщепления.
3) Индивид осознает себя хорошим, а объект – обесцененным. Обесцененные части самости точно так же, как и хорошие, идеальные аспекты объекта, отрицаются из-за вертикального расщепления и тем самым становятся неосознаваемыми. Хороший объект горизонтальным расщеплением защищен от самости, осознающей себя хорошей.
4) Индивид осознает себя ни на что не годным, а объект – идеальным. Идеальные части самости за счет вертикального расщепления остаются бессознательными, а самость, напротив, ощущает себя неполноценной. Плохие части объекта защищены от хорошего объекта вертикальным расщеплением, а от плохой самости – горизонтальным расщеплением.

(несмотря на их возможную лабильность), субъект с помощью описанных механизмов защищается от интеграции противоречивых репрезентантов самости, объектов и аффектов, чтобы избежать угрозы ценным репрезентантам, исходящей от обесцененных репрезентантов. Поэтому у таких пациентов нет интегрированных представлений о самости и значимых лицах. В сочетании с нестабильной интеграцией Сверх-Я эти расщепления приводят к хроническому состоянию диффузии идентичности, правда, при структурно сохраненной функции тестирования реальности. Специфичность отношений с внутренними объектами состоит в том, что с помощью защитных операций удается удерживать по отдельности противоположные эго-состояния и противоречивые образы объектов. Кроме того, в расщепленных и удерживаемых отдельно друг от друга эго-состояниях существуют противоречивые объектные отношения: «Каждая из этих диссоциированных частей Я содержит определенное имаго объекта в сочетании с соответствующим имаго самости и определенной диспозицией аффектов» (Kernberg, 1975, S. 55 и далее; см.: Volkan & Ast, 1994; Kutter & Müller, 1999, S. 256). Современные кляйнианские концепции патологической организации личности и психического убежища (Steiner, 1993; Bott Spillius, 2002) трактуют пограничную структуру как организованную защиту от конфликтов и страхов параноидно-шизоидной, депрессивной и эдипальной позиций. Пограничная структура как организованная защитная позиция мотивируется усилиями пациента, направленными на ослабление контакта со специфическими аспектами внутренней и внешней реальности, и состоит из характерных внутренних объектных отношений. Такая стратегия структурного избегания[1] может проявиться в рамках различных расстройств (нарциссических, перверсных, антисоциальных, психосоматических). В первую очередь эта защитная организация предназначена для «нейтрализации примитивной деструктивности, откуда бы та ни исходила», так как она угрожает интеграции самости (Steiner, 1993, S. 22). Важную роль в появлении и поддержании этой защитной организации играют проективно-идентификационные процессы. Это патогенные процессы, так как у них отсутствует обратимость, из-за чего части самости как бы теряются в объекте, так как устойчиво идентифицируются с ним, вследствие чего происходит опустошение самости, а иногда и искажение восприятия объектов.

В качестве примера Стайнер приводит статью Фрейда о Леонардо (Freud, 1910c); в ней Фрейд фактически описывает механизм проективной идентификации, хотя и не употребляет этого термина. Свою

[1] Речь идет не о каком-то отдельном, изолированном симптоме или отдельном защитном механизме, таком как изоляция, а о том, что затронута вся структура Я, включая внутренние объектные отношения. – *Прим. Т. Мюллера.*

инфантильную самость Леонардо проецирует на учеников и заботится о них так, как хотел бы, чтобы его мать заботилась о нем. При этом часть самости отщепляется и проецируется на объект; тем самым отрицается, что этот аспект самости относится к самости, так как она (эта часть) полностью идентифицируется с объектом. Объект не воспринимается как другой, отдельный от самости, так как идентифицируется со спроецированной в него идеальной частью самости и воспринимается искаженно. В других случаях патологической организации ситуация бывает сложнее.

«Например, может происходить патологическое расщепление с фрагментацией самости и объекта и их выталкивание в более жесткой и примитивной форме проективной идентификации… Затем могут развиваться собирающие эти фрагменты патологические организации, а результат снова может оставлять впечатление защищенного хорошего объекта, изолированного от плохих объектов. Однако на этот раз то, что кажется относительно простым расщеплением на хорошее и плохое, фактически является результатом расщепления личности на несколько элементов, спроецированных в объекты и затем собранных заново таким образом, что это имитирует контейнирующую функцию объекта. Патологическая организация может преподносить себя в качестве хорошего объекта, защищающего индивида от деструктивных атак, но фактически ее структура состоит из хороших и плохих элементов, полученных из самости и объектов, в которые осуществлялось проецирование, использованных в качестве строительных блоков возникшей в результате чрезвычайно сложной организации» (Steiner, 1993, S. 25).

Ситуация осложняется тем, что пациенты часто выбирают деструктивные объекты – и тогда к ним, словно ключ к замку, подходит проективная идентификация деструктивных частей самости. Обратимость проективной идентификации возможна только тогда, когда спроецированные части самости (а иногда и внутреннего объекта) могут быть снова приняты самостью, а это предполагает, что самость способна признать объект как нечто другое и отдельное от нее. Признание этого запустило бы процесс скорби и привело бы к началу интериоризации. Главное здесь – признание отделенности и инакости самости и объекта, а также, как следствие, «основных фактов» жизни (см. главу VII.9).

5.4. Травмы в анамнезе

В анамнезе таких пациентов часто обнаруживается травматический опыт, который, по-видимому, связан с нарушением поведения первичных значимых лиц (Stone, 1989; Dümpelmann, 2001; Mentzos, 2000). Так,

отвержение, подавление или использование ребенка взрослыми в собственных целях могут быть социальными причинами для возникновения специфических пограничных расстройств. Причем отказывающая в оральном удовлетворении «холодная враждебность в одинаковой степени эгоистичной и чрезмерно защищающей ребенка матери» (Kernberg, 1975, S. 276) наносит такой же вред, как и мать, которая относится к ребенку как к музейному экспонату. Различные авторы описывали, как ребенок пытается проработать опыт таких отношений с помощью бессознательной «идентификационной фантазии»: она состоит в том, что ребенок идентифицируется с вытесняемыми импульсами, частями личности или объектными отношениями одного или обоих родителей, чтобы потом проживать их вместо родителей (Faimberg, 1988; Kernberg et al., 1999).

Показательный случай из практики

Учительница, 39-лет, жалуется на усталость, сильные головные боли и невозможность справляться с повседневными задачами. Она чувствует себя внутренне опустошенной и считает себя глупой. Кроме того, у нее иногда вдруг появляются садистские фантазии, в которых она отрезает члены мужчинам, но в то же время она чувствует, что ее больше тянет к женщинам. Она боится темноты, незнакомых людей, воды, а также высоты и глубины.

В ходе психоанализа (более 500 часов) завязывается упорная борьба между анализандкой и психоаналитиком. Вначале она становится надменной, считая, что аналитик вообще ни на что не способен. Потом, с точностью до наоборот, анализандка, обесценивая себя, чувствует себя бессильной, нуждающейся в помощи и зависимой; в то же время психоаналитик представляется ей совершенно независимым, полным сил и могущественным. Аналитик кажется пациентке мужчиной, который мучает, унижает женщину, не дает ей ничего из того, чего у него самого более чем достаточно, причем только для того, чтобы показать ей всю ее никчемность, зависимость и беспомощность.

Этот паттерн отношений воспроизводит отношения между дочерью и отцом: она чувствовала, что отец ее использует, плохо обращается с ней, постоянно компрометирует и унижает. Позднее выяснилось, что, когда ей было 11 лет, отец пытался совратить ее в лесу и хотел засунуть свой эригированный член в ее влагалище. Воспоминания об этом были такими реальными, что альтернативное предположение (что это, возможно, лишь фантазия) исключалось как неправдоподобное.

Таким образом, в данном конкретном случае это характерное для пограничных расстройств одновременное сосуществование обесценивания и идеализации относилось к отцу и к самой пациентке. При-

чем происходило это с характерным чередованием: то она чувствовала свое превосходство над отцом, который осмелился совершить с ней подобные инцестуозные действия, то она казалась себе самой последней дрянью, а отца безмерно идеализировала.

Этот паттерн отношений, постоянно идеализирующий одну сторону и обесценивающий другую, воспроизводился на более глубоком уровне во взаимодействии дочери и матери: мать тоже использовала дочь в своих целях, правда не осознавая этого. Мать сама чувствовала себя очень неуверенно с мужем и считала, что должна одержать верх хотя бы над дочерью, используя (если не сказать «насилуя») зависимую от нее дочь для собственного самоутверждения. В ходе анализа пациентка вспомнила свой прошлый опыт: в раннем детстве ее ужасно туго пеленали и крепко привязывали к кровати, а во время купания мать вроде как в шутку удерживала ее под водой. Пациентка снова пережила связанный с этим страх быть убитой. Это было для нее столь невыносимо, что она даже хотела покончить с собой.

Мы уже больше не удивляемся, что при таком тяжелом детстве травматизированный человек не может чувствовать себя хорошо. Он вынужден заново бессознательно воспроизводить травматические отношения в общении с другими людьми. Уже хотя бы поэтому он не может жить и работать в полную силу, поскольку на непроработанные травмы постоянно расходуется психическая энергия, которой из-за этого не хватает для повседневной жизни.

Так, в ходе анализа пациентка осознала, что при выборе профессии учительницы, идеализируя себя, не рассчитала свои силы. Но и попытка приобрести другую профессию тоже провалилась из-за ее ограниченных способностей вступать в здоровые отношения с другими людьми и выстраивать их соответствующим образом. Обстоятельства сложились так, что проведение психоаналитических сеансов пришлось преждевременно прекратить. Потом пациентка нашла внутреннее равновесие, обратившись к религии; она как будто обрела в церкви принимающую ее мать, а в Боге – во всяком случае, она так считала – любящего ее отца, в которых она смогла поверить и со стороны которых она не чувствовала проявления насилия.

5.5. Экзотическая редкость: множественная личность

Если личность с пограничной структурой, как правило, характеризуется типичным расщеплением на добрые и злые стороны, то множественная личность – это нечто экзотическое и встречается крайне редко. Здесь в одном и том же человеке активируются различные психические состояния, соответствующие разным этапам его жизни. Каждое из них

может неожиданно и бесконтрольно начать доминировать над актуальным психическим состоянием. Восприятие, память и самосознание сильно нарушены. Но, в отличие от психоза, больной ощущает расщепленность на разные личности как внешнюю по отношению к нему, мучительную и необъяснимую. Так как в таких случаях нарушена прежде всего собственная идентичность, сегодня в таких случаях ставят диагноз «диссоциативное расстройство идентичности». Причины кроются в травматическом детском опыте. Рекомендуется долгосрочная психоаналитическая терапия (Gast et al., 2006).

6. Психосоматические расстройства

6.1. Классические аспекты

Франц Александер (Alexander, 1951) и его сотрудники из Чикагского института психоанализа выделили семь так называемых «священных» болезней:

1) ожирение и нервная анорексия;
2) бронхиальная астма;
3) эссенциальная гипертония (повышенное кровяное давление);
4) нейродермит и другие кожные заболевания;
5) тиреотоксикоз (гиперфункция щитовидной железы);
6) сахарный диабет (сахарная болезнь);
7) артрит (суставный ревматизм).

Однако передовые медики любые болезни склонны рассматривать как в известной степени психосоматические, поскольку при каждом заболевании можно обнаружить воздействие психических факторов:

- вторичное, когда психические нарушения возникают как реакции на вызванное органическими причинами заболевание. По смыслу здесь стоило бы говорить о «соматопсихических» (соматоформных) расстройствах, так как патологический процесс сначала имеет соматическую (т. е. физическую) природу и только во вторую очередь охватывает психическую сферу;
- первичное, когда именно психические причины приводят к вторичным телесным расстройствам, т. е. к собственно «психосоматическим» расстройствам.

В обыденном языке есть множество указаний на психические причины телесных расстройств. Можно вспомнить постоянно употребляющиеся в повседневной жизни обороты речи: «Чихал я на это» (насморк), «У меня сердце жмет» («дела сердечные», подавленность), «От этого у меня закололо в сердце» (колющие боли в области сердца), «У меня как будто комок в горле» (затрудненное глотание), «У меня от этого тяжесть в желудке», «Мне нужно это сначала переварить», «Это отравляет мне жизнь», «Мой живот бунтует», «Он излил свою желчь», «На языке мед, а в сердце лед», «Лопнуть от злости», «Выйти из себя», «Побелеть от злости», «Наделать в штаны», «Мне плевать на это», «Его какая-то муха укусила» (заболевания печени)[1].

Манера держать себя, осанка человека также находят отражение в народной речи: «Бесхребетный человек», «У него спина широкая» (он все выдержит), «Держись прямо». Можно вспомнить и пожелание «Ни пуха, ни пера»[2] и такие выражения, как «Ломать голову», «Высоко держать голову», «Я сыт этим по горло», «Упрямая голова», «Твердолобый человек» или «Это сплошная головная боль».

Далее можно было бы последовательно описать отдельные психосоматические болезни, проследить историю развития знаний о психосоматических расстройствах и рассмотреть одну за другой психосоматические концепции выдающихся авторов. Однако в данной книге это увело бы нас слишком далеко от главной темы. Поэтому мы решили дать обзор, на наш взгляд, наиболее важных психоаналитических аспектов психосоматических расстройств.

Кое-что нам уже известно: обсуждая истерию, или конверсионный невроз, мы установили, что из-за невыносимых вытесненных представлений могут сформироваться разнообразные необъективируемые телесные расстройства; обусловленные истерическими причинами телесные расстройства представляют собой психосоматические расстройства в самом широком смысле слова.

Но, в отличие от психосоматических болезней, при истерии невозможно доказать наличие нарушений соматических функций. В обыденном смысле в случае жалоб на истерические или конверсионно-невротические недуги речь идет действительно о «воображаемых» болезнях, т. е. о расстройствах, которые существуют в воображении, в фантазии, а не в реальном теле. Иначе говоря, они лишь проецируются в телесную сферу и переживаются так, как будто они действительно существуют.

---

[1] По-немецки букв. «Ему блоха пробежала по печени». Кроме того, в оригинале приведено еще несколько выражений так называемого «фекального языка», очень распространенных в немецкой разговорной речи, которые в данном переводе опущены, так как по-русски звучат грубо и неприлично. – *Прим. ред.*

[2] По-немецки буквально пожелание перелома шеи и ноги. – *Прим. ред.*

6.2. Функциональные расстройства

Функциональные расстройства, как говорит само название, – это действительно расстройства (нарушения) функций внутренних органов: учащенное или замедленное дыхание, учащенный или замедленный пульс, слишком слабая или слишком усиленная работа кишечника, повышенное или пониженное кровяное давление, спазмы желчного пузыря, сужение кровеносных сосудов, повышенная или пониженная функция органов внутренней секреции, таких как щитовидная железа или половые железы.

Упорно сохраняющимся или возвращающимся после временного улучшения симптомам не всегда соответствуют интрапсихические конфликты. Трудно найти доказательство причинно-следственной связи между функциональными расстройствами, с одной стороны, и внутренними конфликтами – с другой, потому что внутренние конфликты принадлежат к conditio humana (условиям человеческого существования). Но если удается доказать наличие временнóй связи, то вероятность существования причинно-следственной связи становится гораздо выше, например, насморк возник после обиды от человека, к которому мы испытываем ярость; боли в желудке – после сообщения о предстоящем увольнении; колющие боли в сердце – после разочарования в любви, понос – после потери значимого для нас человека. Виктор фон Вайцзеккер, который ввел в медицину ориентированный на субъекта подход, всегда спрашивал: «Почему именно сейчас?» Этот вопрос относился к обидам и оскорблениям, которые непосредственно предшествовали первому проявлению телесных недугов. Причинно-следственные связи не так-то просто увидеть, когда причины, вызвавшие заболевание, столь незначительны, что не позволяют убедительно объяснить возникшее психосоматическое нарушение. С точки зрения психоанализа, в качестве причин могут рассматриваться приобретенные в детстве особые предрасположения или восприимчивость какого-либо органа или системы органов к реакциям на оскорбления и обиды. При этом повышенная чувствительность определенных органов тела частично наследуется, а частично развивается в результате идентификаций. Так, например, одна семья реагирует на психический стресс сердечными недугами, а другая – желудочными.

6.3. Выбор органа

Мы затронули трудный вопрос о бессознательном выборе органа, на который не так-то легко ответить, но разрешить который можно с помощью логического мышления. Так, например, предрасположенность

к кожным заболеваниям возникает в результате того, что кожу малыша или вообще не гладили, или с ней обращались слишком грубо. Достаточно вспомнить о слишком тревожных или нервных матерях и отцах. Легко представить себе также, что постоянные споры из-за еды сбивают процессы, происходящие при приеме пищи, приводя к повышенной чувствительности в области желудка или кишечника. Также возможно, что приучение ребенка к опрятности, связанное с сильными аффективными реакциями, когда мать буквально «зациклена» на чистоте, может нарушить естественную работу функций выделения у малыша. Гораздо труднее доказать, что астматические приступы младенца объясняются тем, что властная мать «отбирает у него воздух».

6.4. Экзистенциальная тревога и базовый конфликт

Однако если глубже вчувствоваться в переживания таких людей, мы доберемся до скрытого за их симптомами экзистенциального страха, причем этот страх намного сильнее, чем сигнальный страх невротиков, и сопряжен с потерей смысла существования или даже смертью.

Этот особый экзистенциальный страх оказывается ключом к пониманию психосоматических заболеваний. Он является результатом базового конфликта, состоящего в том, что злокачественный интроект экзистенциально угрожает самости (Kutter, 1993). При этом есть три решения:

1) самость подчиняется;
2) самость сопротивляется и успешно защищается;
3) достигается компромисс ценой появления психосоматического симптома.

6.5. Язык тела

Тело и душа представляют собой единое целое. Они реагируют одновременно. В этом мы можем убедиться, наблюдая за детьми: они испытывают страх (психически) и одновременно реагируют (телесно) учащенным сердцебиением, а потом и дрожью.

В ходе социализации мы научаемся в определенной степени подавлять телесную сторону психосоматических реакций. Но это отнюдь не означает, что наше тело теперь больше не реагирует на страх. То же самое относится и к другим аффектам, в равной степени затрагивающим душу и тело, например к печали, отчаянию, беспомощности, бессильной ярости и боли. Все эти аффекты сохранены в памяти и могут

быть в любой момент вызваны и активированы, а пусковым механизмом для них могут послужить нарциссические обиды[1].

Таким образом, для понимания психосоматических расстройств необходимо учитывать кроме «психологики» (психологии) также и «соматологику» (логику тела). Другими словами, нам нужно изучить язык тела.

Давайте вспомним о приведенных в начале главы оборотах речи, которые убедительно указывают на существование языка тела. Правда, во многих случаях соматическую симптоматику не так-то просто выразить вербально. Например, в случае одного пациента понадобилось много времени, прежде чем удалось понять, что регулярное ухудшение его состояния, проявлявшееся в учащении и усилении сердечных приступов и мигреней после перерывов в психотерапии, выражало нападки и упреки в адрес одного значимого лица, от присутствия или отсутствия которого зависело психическое самочувствие пациента. В этом лечении в переносе регрессивно воспроизводился детский паттерн отношений, когда в психоаналитике узнавалась мать, которая в наказание постоянно покидает ребенка. Маленький ребенок вполне может реагировать на это сердечными приступами и головными болями, ведь он экзистенциально зависит от реального присутствия значимых лиц. Есть люди, которые точно так же непосредственными телесными проявлениями реагируют на оскорбления и обиды, как если бы их тело и душа не были отделены друг от друга под воздействием социализации.

6.6. «Борьба за тело» и три важных патогенных паттерна взаимодействия

Еще более важную роль при этом играет такой бессознательный процесс, как повторное присвоение тела, экспроприированного матерью или другим значимым лицом. Ведь в любом случае именно мать в период беременности изначально бывает «собственницей» ребенка, а затем предоставляет ему свободу: в первый раз при физическом рождении, а во второй раз – при рождении психологическом (этот термин ввели в употребление Малер, Пине и Бергман – Mahler, Pine & Bergman, 1975), тем самым давая подрастающему ребенку шанс постепенно присвоить себе свое собственное тело, научиться владеть им.

Совершенно ясно, что ребенок, мать которого распоряжается им как вещью и держит его как в заключении, требуя от него полной самоотдачи, лишь с большим трудом сможет освободиться от связанной

[1] В немецком языке слово «Kränkung» (обида, оскорбление) – однокоренное и синонимичное с «krank machend» (доводящая до болезни). – *Прим. ред.*

с этим зависимости. И даже если ему все-таки удастся сделать это, платой будет чувство вины.

В других случаях матери прибегают к таким формам поведения, которые связаны с вторжением в личное пространство ребенка. Из-за патологического страха, что у ребенка будет запор, они постоянно вставляют ему клизмы в анус. Этим они нарушают внутреннее физическое пространство ребенка. К сожалению, такого рода психические перегибы со стороны доминирующих матерей не так уж редки, причем они не уважают личную сферу своих взрослеющих детей и нарушают ее, злоупотребляя своей властью.

Еще один, третий патогенный паттерн отношений проявляется в отсутствии взаимодействия, связи. Он состоит в том, что на ребенка не обращают никакого внимания, его не уважают или даже презирают. Если ребенка игнорируют, он неизбежно чувствует, что его не любят. Из-за этого естественные потребности в эмоциональном общении, заботе и нарциссическом внимании неизбежно будут фрустрированы.

Мы уже упоминали (глава VI.8) другой хорошо известный феномен – «pensée opératoire», описанный французскими авторами Марти и де М'Юзан (Marty & de M'Uzan, 1963), или «алекситимию» по Немиа и Сифнеосу (Nemiah & Sifneos, 1970). Эти замысловатые термины говорят о следующем.

Пациентам, страдающим психосоматическими заболеваниями, присущ механический стиль мышления. Они говорят о совершенно конкретных предметах, о своем автомобиле или о погоде. У них отсутствует фантазия. Кроме того, они не способны сопереживать другим людям. В лучшем случае они представляют других людей такими же, как они сами, т. е. в других людях они видят своих двойников (редупликация, удвоение).

Сравнение с Пиноккио, деревянным человечком, который ищет своих родителей, наглядно показывает, что при поверхностном рассмотрении психосоматические пациенты кажутся «одеревеневшими». Но если проявить к этим людям настоящее участие и дать им понять, что принимаешь их такими, какие они есть, и серьезно относишься к их беде, то тогда они могут приоткрыть свою душу. Они начинают рассказывать о своих мучительных переживаниях или о том, как плохо с ними обращались ближайшие родственники. Они снова начинают испытывать подавляемую долгие годы ярость. Поэтому во время лечения люди, страдающие психосоматическими заболеваниями, часто переживают «психосоматический криз» (Widok, 1978). Этот криз возникает из-за того, что терапевт «разбудил спавших собак», и они начинают громко лаять и кусаться. Высвобождаются опасные аффекты, до того связанные в психосоматическом симптоме. Эти аффекты действительно опасны, так как могут пострадать или другие люди, или сами пациенты.

6.7. Современные аспекты

Среди ученых (Ermann, 2004; Uexküll et al., 2005; Zepf, 2006b) достигнут консенсус относительно мультифакторной соматопсихической и психосоматической этиологии психосоматозов, приводящих к поражению органов (морфология и функция), и преимущественно психогенной причины возникновения функциональных заболеваний (функциональное нарушение при отсутствии органических повреждений; правда, если его не лечить, могут возникнуть органические заболевания). С психоаналитической точки зрения, в ситуациях, которые в психодинамическом плане становятся пусковыми (своего рода «детонаторами») активируется базовый психосоматический конфликт, например, запускаются аллергические, воспалительные или иммунологические процессы, которые в конечном итоге приводят к морфологическим изменениям, к органическим поражениям. В отличие от невротического симптома или симптомов личностных расстройств, психосоматические симптомы не являются символической репрезентацией предэдипальных, предвербальных или эдипальных переживаний. Различные психоаналитические модели, начиная с фрейдовских представлений об актуальном неврозе и конверсии, а также концепции ре- и десоматизации аффектов (Макс Шур), психосоматической специфичности или специфических конфликтов (Франц Александер), а также двухфазного вытеснения (Александр Мичерлих), пытаются охватить различные стадии этого сложного процесса.

По современным представлениям (Küchenhoff, 1995) психосоматические симптомы – это не символические репрезентанты опыта конфликтных ситуаций, а конкретно представленные «соматические воспоминания» (Ermann, 2004, S. 321) о довербальном опыте, стрессовых состояниях или травматическом опыте самого разного рода, поэтому они представляют собой

> «первичные телесные знаки ранних травматических аффективных состояний и опыта отношений, в ходе развития так и не нашедшие своего психического репрезентанта. При психосоматозах реакция тела проявляется вместо опыта, для которого нет психического представления (символа, репрезентанта), а есть лишь предвербальный, телесный знак» (там же, S. 322).

Определенные эмоциональные переживания, которые из-за специфических структурных особенностей самости и опыта отношений с объектами не смогли найти символического, вербального репрезентанта, часто, хотя и не всегда, приводят к алекситимии. С нейробиологической точки зрения, определенные эмоциональные состояния и опыт не включаются в семантическую память и не интегрируются в речевой

смысловой контекст. Происхождение основного психосоматического расстройства, так называемого базового дефекта, чаще всего связано с неустойчивым разграничением самости и объекта, которое сопровождается проницаемыми границами Я и трудностью установления «оптимальной дистанции» между самостью и объектом. Неизбежное следствие этого – конфликты относительно близости и дистанции. Здесь преобладают аффекты, отчасти бьющие через край, но не носящие сигнального характера,– это хроническая беспомощность и бессилие. Кроме того, для базового конфликта характерны отмеченные ранее расстройство символизации, а также зависимость от реального присутствия идеального объекта со свойственной ей непереносимостью обид и опыта расставаний. Продолжая развивать концепцию базового конфликта (Kutter, 1981a), Плассманн (Plassmann, 1993) создал основу для подлинной «аналитической телесной психологии», которая с помощью таких концептов, как фантазии на тему органов, патологические зоны и миры органов, открывает возможности дифференцированного понимания психосоматических расстройств.

Поучительна представленная ниже схема Эрманна (2004).

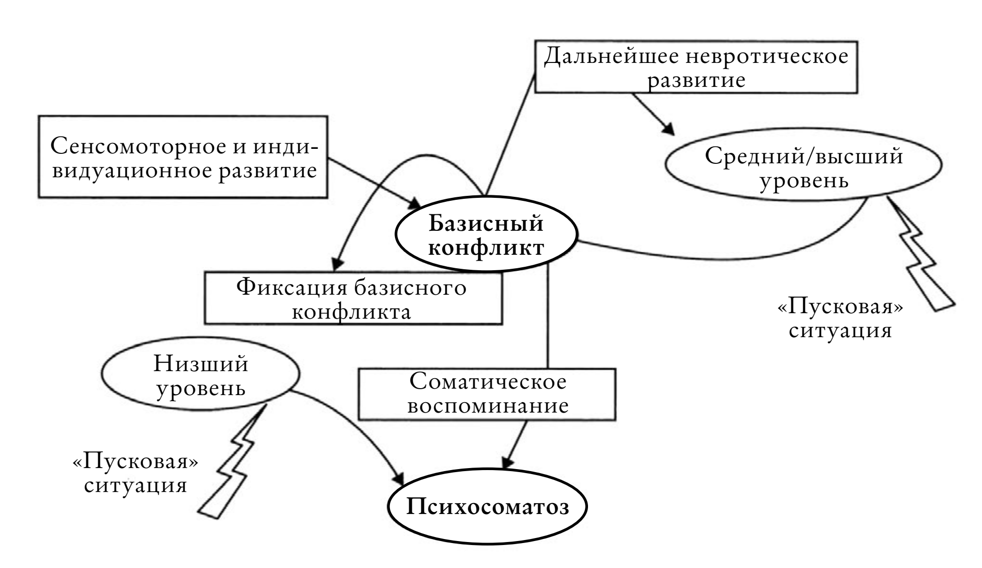


Рис. 12. К вопросу о формировании симптомов при психосоматозах (модифицированная схема, по Эрманну – Ermann, 2004)

Шур (Schur, 1955) считал, что психическое созревание состоит в усилении десоматизации. Если в раннем детском развитии аффекты еще разряжаются в основном в виде соматических реакций (см. данные об исследованиях младенцев, глава IV.5), то дальнейшее развитие состоит

в возрастающей дифференциации и десоматизации психического аппарата. Обратный же процесс ресоматизации заключается в том, что аффекты снова выражаются и отреагируются соматически. На этой модели основана концепция двухфазного вытеснения, созданная Мичерлихом; этот процесс играет существенную роль при возникновении психосоматических заболеваний.

6.8. Психосоматический процесс

По Мичерлиху (Mitscherlich, 1967), для психосоматического процесса характерны следующие стадии.

Цель первой стадии – психическая проработка пережитой обиды, когда оскорблению дается подобающий отпор, например: а) путем выяснения отношений с человеком, который нанес оскорбление, или путем соответствующей проработки некоторых неизбежных обид; б) с использованием невротических механизмов, правда, ценой появления таких невротических симптомов, как навязчивые мысли или фобическое избегание больших площадей или тесных помещений; в) защиты, затрагивающей всю личность, в смысле невроза характера.

В случае пациента с навязчивым характером речь шла о ярости из-за пережитого подавления, о тревоге из-за необходимости сопротивляться этому, а также о страхе, что его еще больше будут осуждать из-за этого; кроме того, речь шла о чувстве постоянной обделенности. Поскольку пациент подчинился и покорился навязанным извне требованиям, приспособился к ним, ему удалось защититься от своей ярости с помощью формирования реакции.

Таким образом, опыт расставаний и потерь приходится на начало психосоматического процесса. С ним не удается справиться, если при этом оказываются затронутыми некоторые участки тела, которые реагируют чрезмерной чувствительностью на любую форму оскорбления или обиды (а предрасположенность к этому появилась еще с детства). Если при сохраняющемся давлении аффекта с этим отчаянным положением больше не удается справиться с помощью компромиссного решения в виде невротических симптомов, то на *второй стадии* – телесной защиты (после *первой стадии* – психического преодоления конфликта) – происходит «соматизация» в форме функционального расстройства, в которую втягивается тело. Это функциональное расстройство, особенно при повторении скрытых базовых конфликтов, представляющее угрозу существованию человека, настолько длительно и стойко поражает телесные функции, что на следующей, *третьей стадии* психосоматического процесса наступают структурные патологические изменения пораженных органов (например, язва желудка,

болезнь Крона, хроническое воспаление тонкого кишечника или неспецифический язвенный колит, хроническое воспаление прямой кишки в сочетании с язвами).

Долгое время в учении о психоаналитической психосоматике была распространена модель специфичности, созданная Францем Александером (Alexander, 1951). Он опирался на психосоматическую модель Фрейда. Фрейд различал две формы телесных симптомов, вызванных психическими причинами: соматические эквиваленты тревоги и страха при неврозе страха, а также конверсионные симптомы при истерии. Последние имеют символическое, психически репрезентированное значение, а у первых, напротив, это символическое измерение отсутствует. Александер попытался разрешить проблему выбора органа-мишени, предположив, что за любым психосоматическим заболеванием стоит специфический конфликт, например, в случае язвы желудка – вытесненные орально-рецептивные желания, а при гипертонии – конфликт между пассивно-феномининными тенденциями и агрессивно-враждебными импульсами. Подобным же образом Александер сформулировал специфические конфликты и для других психосоматозов. Работа Александера явилась важным вкладом в исследования психоаналитической психосоматики; правда, ему не удалось до конца разрешить проблему «загадочного скачка из психического в физическое и наоборот». За прошедшие годы в свете современных данных нейробиологии и новых исследований в области психосоматики (Uexküll et al., 2005) представления Александера о специфичности конфликтов, характерных для отдельных психосоматических заболеваний, подверглись существенной критике (Küchenhoff, 1994). Оказалось (Overbeck et al., 1999), что невозможно соотнести специфические конфликты и/или специфические черты личности с конкретными психосоматическими заболеваниями в том виде, как это было предложено Александером. Так, было обнаружено, что считавшееся характерным для психосоматозов алекситимное (оперативное) мышление, pensée opératoire (Сифнеос, Стефанос, Марти, де М'Юзан, Фэйн и др.), наблюдается и у пациентов, страдающих непсихосоматическими заболеваниями. Поэтому созданную Александером теорию специфичности конфликтов нельзя было сохранить в неизменном виде. Но из этого не следует, что психоаналитическая психосоматика прекратила свое существование. Новейшие эмпирические исследования, в частности исследования язвы желудка, неспецифического язвенного колита и бронхиальной астмы, показывают, что у части пациентов с язвой действительно обнаруживаются конфликты, связанные с зависимостью, а также с завистью и обидой (наличие которых предполагалось в течение многих лет), тогда как у других пациентов решающую роль играют *другие* психосоматические закономерности (Zepf, 2006b; Uexküll et al., 2005).

6.9. Нервная анорексия – распространенная и очень опасная болезнь

Ввиду огромного значения этого заболевания для клинической практики необходимо его кратко представить. Речь идет о расстройстве пищевого поведения, сопровождающемся бессонницей, гиперактивностью, повышенными притязаниями на успех. Люди, страдающие этим заболеванием, часто прибегают к слабительным средствам. Сильное впечатление производит отрицание больными кахексии (истощения), когда пациенты не воспринимают свое физическое состояние как болезненное, считая его нормальным и уместным. Они фиксированы на голоде и отказе от приема пищи. Они постоянно ведут внутренний диалог на эту тему. Стремление к предельному самообладанию и психическая изолированность приводят к потере интереса к окружающему миру. На первый план все больше выступают такие соматические проявления, как усиливающаяся слабость, приступы головокружения, снижения веса вплоть до истощения, аменореи и запоров. В социальной сфере происходит ограничение способности к интенсивным контактам и эмоциональному общению, отвержение объектных отношений. Часто страдающие этим заболеванием сознательно лгут и вводят в заблуждение окружающих; кроме того, они теряют эротическую и сексуальную привлекательность из-за исхудания и связанного с ним обратного развития вторичных половых признаков. Что касается бессознательных мотивов, скрывающихся за этими расстройствами, предполагается, что, с одной стороны, это определенные аспекты защиты от сексуального влечения, а с другой – борьба за автономию от первичного объекта.

С позиции психологии влечений, при нервной анорексии больные защищаются от сексуальности, происходит регрессия на оральную область, т. е. генитальные, прежде всего эдипальные, сексуальные импульсы отрицаются, смещаются на сферу приема пищи и там подвергаются атакам. Такое смещение становится понятным с точки зрения психологии влечений, где усматриваются параллели между женской сексуальностью и процессом принятия пищи (рецептивная установка, прием члена внутрь, беременность). Фиксации на ранней оральной области ведут к нарушению дальнейшего психосексуального развития. Затем оральные фантазии бессознательно занимают место сексуальных; кроме вытеснения и регрессии есть и другие защитные механизмы, такие как отрицание, альтруистическая уступка (тогда начинают «закармливать» других людей, особенно родственников), т. е. применяется проективная защита от собственных оральных потребностей. Но если все-таки дело доходит до приступов обжорства из-за потери контроля, то следствием этого бывают мучительные чувства стыда и вины.

Эта проблематика оральных влечений является составной частью вышестоящего и доминирующего конфликта идентичности, типичного для нервной анорексии. Речь здесь идет, прежде всего, о дифференциации от первичного объекта; внушает уважение борьба за автономию против страстного стремления к зависимости и поиску опоры. Отношения с матерью переживаются как негативные, с доминированием и контролем со стороны матери, и сопровождаются требованиями нереальных достижений, что выражается в формировании Я-идеала, далекого от реальности. Вместе с неинтегрированной амбивалентностью и садистским Сверх-Я эти отношения приводят к неустойчивой идентичности, характерной для нервной анорексии. Бессознательно пациенты и пациентки переживают голод как мучение, они охотно бы поддались потребности в еде (зависимость), но триумф, ощущаемый оттого, что они не нуждаются в еде и независимы от удовлетворения оральной жадности, оказывается сильнее, чем утоление голода, к тому же он создает иллюзию автономии от по-матерински заботящегося первичного объекта. Больные пытаются достичь стабилизации при легко уязвимом нарциссизме и отделения от объекта с помощью этого маниакального триумфа – правда, это всего лишь фантазии о своем всемогуществе, которые не выдерживают проверки реальностью. С психогенетической точки зрения, одну из решающих ролей играет отсутствующая или неустойчивая дифференциация самости и объекта в период ранних отношений между матерью и ребенком. При этом нарциссическая величественная самость часто служит для того, чтобы морочить голову, изображая автономию и маскируя недостаток собственной здоровой инициативы и стабильного нарциссизма. Поэтому пациенты, страдающие анорексией, неплохо адаптированы, «не требуют для себя особого ухода», что часто бывает выражением их «ложной самости». В биографиях пациентов регулярно обнаруживается, что мать и ребенок остаются в своего рода симбиотическом единстве, в результате чего ребенок не может дифференцировать когнитивные и аффективные функции Я, а продолжает бессознательно зависеть от идеального объекта.

6.10. Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда

В последнее время важные результаты были представлены так называемой «Статусной конференцией по психокардиологии», которая является новой формой объединения кардиологов, психологов, социологов и психоаналитиков; в частности, она не подтвердила существование столь часто обсуждаемой прежде склонности к сердечным заболеваниям А-типа (честолюбие, ощущение цейтнота, соперничество). Факторами риска оказались тревожность, депрессия и истощение жизненных

сил, которые до сих пор недооценивались. Центральная роль депрессии была многократно подтверждена эмпирическими исследованиями (Jordan, Bardé & Zeiher, 2007). В городе Бад Наухайм в 2006 г. была основана первая клиника, специализирующаяся на психокардиологии.

7. Делинквентность, антисоциальное личностное расстройство, диссоциальность

7.1. Социальные аспекты

Клеймо уголовника часто играет роковую роль в жизни людей, поскольку однажды названному преступником не остается ничего иного, как продолжать и далее вести себя преступно. Делинквентная карьера проходит следующие этапы:

1) случайно совершенное первое преступление;
2) наказание;
3) вторичное преступление;
4) суровое наказание;
5) поведение, сопряженное со все более тяжкими преступлениями.

Возникает порочный круг, поскольку преступник причиняет вред не только другим людям, но и самому себе. Между делинквентным (преступным) индивидуумом и людьми, преследующими уголовника, формируются паттерны отношений, которые мы уже встречали, разбирая психосоматические расстройства. Это очень жестокие конфликты, в которых один демонстрирует другому свою силу и власть, не считаясь с потерями.

С одной стороны находятся мощные инстанции государства – полиция и прокуратура. По другую сторону – преступник, который считает, что имеет право мошенническим путем насильственно присваивать себе то, чего его, как он считает, незаконно лишили; он может делать это напрямую, грабя банки, или косвенно, путем мошенничества или присвоения имущества.

По мнению Пауля Райвальда (Reiwald, 1948), само общество своими необдуманными действиями и суровыми наказаниями прямо-таки порождает преступников, хотя на самом деле хочет предотвратить преступность. Некоторым людям непонятен такой ход мысли, потому что в оценке взаимоотношений между преступным индивидом и преследующим его обществом неосознанно участвуют защитные про-

цессы. Это проективные процессы, состоящие в том, что собственные преступные части личности проецируются на уголовника, который при этом кажется более опасным преступником, чем есть на самом деле. Поэтому-то его часто наказывают строже, чем он того заслуживает. Вполне возможно, что наказание представляет собой бессознательное замещающее удовлетворение собственных агрессивно-преступных импульсов.

В своей книге «Преступник и его судьи» Франц Александер и Хуго Штауб (Alexander & Staub, 1929) с психоаналитической точки зрения разобрали «мир параграфов» и в предложенной ими теории преступности заклеймили позором бессознательное соучастие общества в вынесении объективно ошибочных приговоров.

7.2. Индивидуальные аспекты

Антисоциальное личностное расстройство характеризуется синдромом злокачественного нарциссизма. Он состоит в тяжелой патологии Сверх-Я, проявляющейся в недостатке идеализированных предшественников Сверх-Я (идеализированные репрезентанты самости и объектов), а также в доминировании архаических садистских предшественников Сверх-Я, единственных интернализованных объектных отношений, которыми индивид располагает. В бессознательной фантазии преобладает убеждение в том, что у немногих надежных объектов превалируют жестокие, садистские, «злокачественные» отношения. Кроме того, для синдрома злокачественного нарциссизма характерно то, что патологическая нарциссическая величественная самость заряжена агрессией (Rosenfeld, 1964). Такие пациенты не только отрицают инакость самости и объекта, а тем самым и любую форму зависимости, депрессию и конфликт как таковой, но одновременно и идеализируют могущественный деструктивный аспект своей самости. Это приводит к сильному ограничению развития, прежде всего, тех частей самости, которые ориентированы на отношения зависимости, способствующие развитию личности. Психические функции находятся на низком структурном уровне, чаще всего преобладает явная пограничная патология, для которой типична потеря контроля над импульсами, недостаточная толерантность к страху и отсутствие сублимаций. Патогенный нарциссизм таких пациентов стабилизируется, особенно когда по отношению к спроецированной на других людей зависимой части самости начинают проявляться садистская агрессия, перверсные чувственные желания и деструктивность, иногда доходящая даже до нанесения телесных повреждений и убийства. Такое поведение воспринимается как полностью эго-синтонное. Кернберг (Kernberg, 1984) описывает

континуум антисоциальной структуры от антисоциальной личности в узком смысле слова, к проявляющему антисоциальные черты нарциссическому личностному расстройству, функционирующему на манифестном пограничном уровне, и вплоть до пациентов, которые сознательно хронически лгут, занимаются аферами, мошенничеством и т. п. Прогноз для антисоциальной личности в узком смысле слова весьма неутешительный (Stone, 1989). Так как антисоциальные личности не способны сопереживать другим людям, проявлять к ним подлинный интерес и участие, они не понимают и своего собственного эксплуатирующего, манипулятивного, а часто и преступного поведения.

Как возникают столь тяжелые психические заболевания? Кернберг полагает, что

«в этом участвуют все или хотя бы некоторые аспекты следующего сценария из прошлого пациента:

1) полученный ранее опыт, что внешние объекты всемогущи и жестоки;
2) чувство, что любые добрые, любящие, приносящие взаимное удовлетворение отношения с объектом слабы и легко разрушимы и, что еще хуже, содержат в себе зародыши нападок со стороны подавляющего и жестокого объекта;
3) ощущение, что беспрекословное и полное подчинение этому могущественному и жестокому объекту дает единственный шанс на выживание, и потому любые привязанности к доброму и слабому объекту необходимо разрывать;
4) переживание возвышенного чувства могущества и счастья, свободы от тревоги, боли и страха при идентификации с жестоким и всемогущим объектом и ощущение, что удовлетворение агрессии – это единственная разумная форма отношений с другими людьми;
5) в качестве альтернативы намечается путь отступления в виде принятия совершенно неискреннего, циничного или лицемерного способа общения, устранения любой оценки, предполагающей сравнение добрых и злых объектов, и отрицание значения любых объектных отношений и любой формы успешного маневрирования в общем хаосе человеческих отношений.

В последнем случае бесчестная позиция невинного зрителя замещает опасную идентификацию с жестоким тираном или мазохистское подчинение ему. Все эти опасности, пути отступления и пугающее видение человеческой реальности свидетельствуют о драматическом, предельном ухудшении интернализованных объектных отношений» (Kernberg, 1984, S. 429 и далее).

Голландские авторы, группирующиеся вокруг клиники «Месдаг» в Гронингене, говорят о психопатии развития (Reicher, 1976). В дословном переводе это означает «патологическое психическое развитие». Огром-

ный ущерб развивающейся личности наносят бессознательные разрушительные процессы. Позднее, после их интериоризации, они вводятся в структуру самости. Невозможно не заметить обнаруживающиеся параллели с разработанным Балинтом представлением о базовом дефекте или базовом конфликте (Kutter, 1993), характерном для психосоматических расстройств (см. главу VII.6).

8. Алкоголизм, болезни зависимого поведения и наркотическая зависимость

8.1. Алкоголизм

Нет ничего неожиданного в том, что именно проблемы влечений людей, страдающих алкогольной зависимостью, выходят в психоанализе на первый план. В «орально-сосущем» поведении людей, страдающих алкогольной зависимостью, видится намек на продолжение поведения младенца, сосущего грудь матери. И бутылка пива в какой-то степени замещает материнскую грудь. Причем у бутылки и стакана перед грудью даже есть преимущество – они доступны в любой момент.

К самому процессу пития добавляется воздействие алкоголя, содержащегося в пиве, вине или водке, – легкое возбуждающее и одновременно успокаивающее действие. Человек, чувствующий внутреннюю опустошенность или испытывающий сильную тревогу, снова и снова будет искать удовольствия в употреблении спиртных напитков, получив когда-то в связи с этим положительный опыт. Дополнительное физическое воздействие алкоголя, которое наблюдается у людей, страдающих алкогольной зависимостью (с возрастающей алкогольной толерантностью и алкогольным абстинентным синдромом), лишь усиливает зависимость от алкоголя. Далее мы рассмотрим психодинамику алкоголизма и представим некоторые психоаналитические взгляды на это заболевание.

Употребление алкогольных напитков и последующее действие алкоголя на организм работают как механизм, защищающий от непереносимых внутренних психических состояний. Это могут быть чувства тревоги, вины, стыда, которые заглушаются не посредством особых защитных механизмов, как это бывает при неврозах, психозах или психосоматических расстройствах, а просто «топя» их в спиртном. Строгие требования и запреты устраняются тем, что Сверх-Я, образно говоря, как бы «растворяется» в алкоголе. В состоянии алкогольного опьянения человек, страдающий алкогольной зависимостью, точно так же,

как и маниакальный больной, может торжествовать победу над депрессивными чувствами и за иллюзией опьянения забывать все тяготы и заботы.

По мнению Вольфа-Детлефа Роста (Rost, 1999), аспект саморазрушения в действиях алкоголиков привлекает все большее внимание исследователей, ведь злоупотребление алкоголем действительно медленно, но верно доводит человека до саморазрушения. Токсическое воздействие алкоголя повреждает печень, желудочно-кишечный тракт и нервную систему, уже не говоря о социальных последствиях алкоголизма и связанной с ним социальной деградации.

Когда алкоголик обращается за помощью к психоанализу, что бывает нечасто, то разрушительные процессы, которые до этого действовали исключительно в психике алкоголика, неизбежно разворачиваются в отношениях между анализандом и аналитиком. Принцип «навязчивого повторения» (Freud, 1920g) работает здесь точно так же, как и у пациентов с психосоматическими расстройствами или делинквентным поведением. Пациент либо чувствует себя пострадавшим из-за того, что аналитик, как ему кажется, эксплуатирует его, злоупотребляет его доверием, использует или каким-то другим способом издевается над ним, или наоборот, сам пациент бессознательно обращается с психоаналитиком так, что тот чувствует, что его используют, злоупотребляют его доверием или наносят ему ущерб.

Это такие паттерны отношений, в которых один человек осуществляет власть над другим. При этом невозможно не заметить некоторого наслаждения, испытываемого человеком от издевательства над другими людьми или от причиняемых ему мучений, с чем мы сталкиваемся при садистских и мазохистских перверсиях (см. главу VII.9). Частота проявления садистских и мазохистских паттернов отношений при лечении алкоголиков свидетельствует о том, что отношения между алкоголиком и алкогольным напитком в принципе являются садомазохистскими. Таким образом, алкогольный напиток далеко не всегда обладает упоминавшимися ранее хорошими качествами, принося приятное возбуждение и успокоение. На алкоголиков (особенно на поздних стадиях) спиртное оказывает скорее плохое, вредное и даже разрушительное воздействие.

У алкоголиков большую роль играет фантазия (а не реальность). Она приводит к тому, что бессознательное значение алкогольного напитка в разное время может сильно меняться. В одном случае алкоголик расхваливает любимый напиток сверх всякой меры, в другом – отвергает, ненавидит и проклинает его. Бывает и так, что этих крайностей удается избежать за счет того, что человек хочет полностью забыться в алкогольной фантазии, потому что постоянное метание между идеализацией и обесцениванием очень трудно выдержать.

Неудивительно, что в случаях злоупотребления алкоголем психоанализ нередко выявляет у больного тяжелые детские травмы. Такие повреждения мы обнаруживаем и в раннем детстве людей, которые, став взрослыми, заболевают психозами и психосоматическими расстройствами или переключаются на делинквентное поведение. Это тяготы и лишения в смысле описанного Балинтом базового дефекта, отсутствие удовлетворения элементарных нарциссических и оральных желаний и/или конфликты, представляющие угрозу собственному существованию. Все это берет начало в психической инстанции, причем человек постоянно ощущает давление и преследование с ее стороны. Приведем показательный случай из практики:

К моменту начала терапии пациенту было 27 лет, он занимался торговлей аптекарскими и хозяйственными товарами. Пациент страдал мучительным страхом в опасных ситуациях и чувствовал, что сильно уступает своей жене и гораздо слабее своих работников. С помощью алкоголя ему удавалось весьма эффективно приглушать страх и тревогу. До восьми лет пациент рос без отца, а когда тот вернулся с войны, пациент мучительно переживал, что предпочтение отдавалось сестрам, которые были младше его на 8 и 10 лет и стали любимицами отца. Да и отношения с матерью были хуже некуда. Пациент чувствовал, что родители устранялись именно тогда, когда он чего-то хотел или в чем-то нуждался, причем родители требовали, чтобы он постоянно во всем помогал им.

Попытки вырваться из этой обстановки приводили его к мучительному чувству вины, которое вместе с сопутствующими страхами стало настолько невыносимым, что облегчение приносил только алкоголь, к которому он прибегал в таких случаях. Бегство в алкоголизм должно было бессознательно сигнализировать родителям, что он чувствует беспомощность и отчаяние, не видит выхода, что ему наконец-то должны прийти на помощь. Но результат, как и следовало ожидать, был прямо противоположным: пациента стали ценить еще меньше, чем прежде, его стали наказывать презрением и стыдить.

Психоанализ оставался для него единственной возможностью найти надежного значимого человека, который сохранял бы с ним постоянные отношения, несмотря на его неоднократные срывы. При таких благоприятных обстоятельствах удалось за страхом перед опасными ситуациями распознать страх перед наказанием со стороны отца, которого пациент боялся. Одновременно стало ясно, что эпизоды со злоупотреблением алкоголем, помимо всего прочего, служили для привлечения внимания к бедственному положению, в котором находился пациент; кроме того, таким способом он пытался проверить, а вдруг самые значимые для него лица, несмотря на все, в чем он их обвинял, все-таки хорошо к нему относятся. При этом было горько видеть,

как ближайшие родственники, запутавшиеся в общественных предрассудках, никак не могут распознать скрывающиеся за пьянством невротические конфликты с их страхами, чувствами вины и стыда. Поэтому чужим людям, психоаналитику и подруге, относившимся к пациенту непредвзято, пришлось компенсировать дефициты в доброжелательном внимании со стороны ближайших родственников, чтобы помочь пациенту таким способом подойти к решению его невротических проблем и разрешить их.

8.2. Болезни зависимого поведения

В соответствии со структурной организацией личности можно выделить различные подгруппы болезней зависимого поведения.

Невротическое зависимое поведение бывает в тех случаях, когда с помощью какой-либо субстанции пытаются защититься главным образом от эдипальных конфликтов и сопровождающей их кастрационной тревоги, а также от чувства вины (альфа-алкоголики или конфликтные алкоголики). В психодинамически значимых ситуациях, которые могут иметь сексуальную природу или несут в себе отвержение, заново активируются оставшиеся неинтегрированными инфантильные конфликты. Регрессии снова оживляют неразрешенные страхи перед кастрацией и чувство вины. Они как бы нейтрализуются с помощью привычной субстанции, а конфликт Я и Сверх-Я затем проявляется в мазохистски депрессивном порабощении Я и Сверх-Я в рамках «похмелья».

Вторая группа больных зависимым поведением на фоне нарциссического расстройства бессознательно использует субстанции как «пломбу», чтобы избежать непереносимую психическую боль. «Захватывающие» аффекты (Krystal, 2000) должны «обезвреживаться» наркотиком, защищая Я. Так как на этом структурном уровне аффекты чаще всего переживаются как «выходящие из берегов» и теряющие свой сигнальный характер, то субстанции могут использоваться не только против депрессивных болей, но и против чувства преследования, захлестывающей ненависти и ощущения своей никчемности. Субстанция всегда под рукой как «анестетик и анальгетик»; люди, заболевшие из-за своего нарциссизма, могут в любое время воспользоваться ими, что дает им возможность не воспринимать свою зависимость, отделенность и инакость объекта.

Пациенты с пограничным расстройством воспринимают субстанцию как неодушевленный объект, причем расщепленно (Rosenfeld, 1992): как постоянно доступное «целебное средство» она идеализируется, а в формирующейся опасной для жизни зависимости она раскрывает всю свою деструктивность. Важными в психодинамическом

смысле «пусковыми» ситуациями чаще всего бывают тяжелые нарциссические обиды, а также потери значимых объектов. Они означают реактуализацию ранних инфантильных травм, пережитых на стадии кризиса повторного сближения. Пациенты не смогли интернализовать добрый объект; обида или потеря значимых объектов переживаются как экзистенциальная угроза и внутренняя пустота, что должно компенсироваться идеализируемыми субстанциями. Этого удается добиться с помощью маниакально-всемогущего образа во время опьянения. Но после этого продолжается реактуализация ранних инфантильных травм в своего рода «переносе» на интроецированную в тело субстанцию, и казавшийся добрым объект реально (физиологически) и психически (под влиянием неинтегрированных оральных конфликтов зависти и потерь) превращается в злой, разрушительный объект (Rosenfeld, 1964; Rost, 1999; Kutter & Müller, 1999).

Однако процесс оральной инкорпорации, с помощью которого психически мертвая, пустая самость зависимого человека пытается наполнить себя жизнью, разрушает идеальный объект, что напоминает депрессивную интроекцию (см. главу VII.10.5). Возникающие в результате этого чувства вины из-за нарциссического качества объектных отношений и скрытой деструктивности проявляются в виде аутоагрессии, так что находящееся под угрозой сомнительное психическое равновесие может быть кое-как восстановлено только посредством новой выпивки, и получается порочный круг.

Таким образом, болезни зависимого поведения представляют собой попытку пациента пережить эмоциональный опыт общения с объектом, который, с одной стороны, может удовлетворять его аффективные потребности, не обращая внимания на смены его настроения, а с другой – создает у него всемогущую иллюзию, что можно прожить жизнь без страха и вины, без зависти и зависимости. Наркотик (благодаря действию субстанции) предоставляет маниакальную защиту. Трагичность ситуации в том, что больной зависимым поведением пытается отыскать живость и эмоциональные отношения, которых в его жизни было недостаточно для удовлетворения его субъективных потребностей, в некоем неживом объекте, но, в конечном итоге, находит лишь иллюзорное оживление, которое в долгосрочной перспективе наносит ему лишь вред.

8.3. Наркотическая зависимость

В отличие от потребления алкоголя, к которому общество относится терпимо, добропорядочные граждане так или иначе осуждают злоупотребление героином, кокаином или «всего лишь» гашишем и марихуа-

ной. Таким образом, значительную роль здесь (как и при делинквентном поведении) играют бессознательные процессы, происходящие между обществом, с одной стороны, и отдельным наркозависимым человеком (или группой наркозависимых) – с другой. Прежде всего, здесь следует назвать проективные процессы, при которых большинство граждан проецируют свои собственные неприятные качества на наркозависимых людей. Наркоманы в крайней форме демонстрируют нам то, в чем мы не хотим сами себе признаться. Они отражают наше потребительское поведение: желание иметь что-то любой ценой, наше мышление в категориях собственности и власти, а также и наш деловой расчет, черствость и бессердечие, наше лицемерие и сомнительные добродетели. Бывает, что пьющий отец, бессознательно защищаясь от собственной слабости к алкоголю, клеймит позором слабость сына, употребляющего гашиш. В эту картину хорошо вписывается тот факт, что торговля героином, кокаином и другими наркотическими веществами запрещена, а алкогольные напитки продаются свободно. Поэтому потребители сильнодействующих наркотиков неизбежно оказываются вне закона.

О наркотической зависимости мы говорим в случае, когда кто-нибудь постоянно принимает наркотики, нанося себе тем самым серьезный вред. Причем психическая зависимость означает неконтролируемое стремление, болезненное пристрастие, желание, которое невозможно ничем заглушить или подавить, ненасытность, страстное желание, жадность. Физическая зависимость наступает тогда, когда под влиянием постоянного употребления наркотика происходит стойкое нарушение баланса в обмене веществ, что заставляет человека употреблять новые дозы наркотика, чтобы не было ломки.

Кроме бессознательных психических процессов, которые в данном введении в психоанализ, конечно, интересуют нас в первую очередь, мы не должны пренебрегать процессами телесными, которые, с фармакологической точки зрения, описываются как токсическое воздействие наркотика на тело, особенно на центральную нервную систему. Наркотические вещества оказывают на организм возбуждающее действие, сопровождающееся ощущением подъема, бодрости, повышенной уверенностью в себе и типичным чувством «кайфа», появляющимися после приема кокаина, амфетамина или экстази.

Героин, морфий и другие наркотики, а также диазепам (валиум), препараты, содержащие барбитуровую кислоту, и другие седативные (общеуспокаивающие) средства снимают беспокойство, приглушают чувства страха и вообще подавляют чувства. Марихуана и гашиш приподнимают настроение и снимают барьеры в общении, в то время как ЛСД и другие галлюциногены настолько стимулируют фантазию, что при этом реальный окружающий мир полностью уступает место поднимающимся из бессознательного представлениям и чувствам.

Гашиш и марихуана считаются слабыми наркотиками, наркотиками протеста. Героин, кокаин и ЛСД – это сильнодействующие наркотики, так как их употребление очень сильно меняет мышление, чувства и поведение.

Наркотики воздействуют прежде всего на аффекты: на страхи, чувства вины и стыда, поэтому их прием можно приравнять к использованию защитного механизма. То, что в случае невроза достигается с помощью защитного механизма вытеснения, при наркотической зависимости вызывает сам наркотик. Перестают возникать неприятные представления и эмоции.

Но в отличие от простого невротика, у наркомана к этому добавляется еще кое-что: фармакологическое воздействие наркотика в виде возбуждения или успокоения. Тем самым фармакологически замещается то, что отсутствует в психике: способность регулировать свои состояния возбуждения и успокоения сообразно ситуации.

Если в какое-то время нас охватит внутреннее возбуждение и страсть к приключениям, мы можем отдаться этому желанию, отправиться на поиски партнера для общения и найти такого человека. А если мы испытываем потребность в отдыхе, мы можем переместиться в соответствующее окружение, искать нежности у друга или подруги. Люди, страдающие наркотической зависимостью, не могут этого сделать. Им недостает способности искать в окружающей их реальности то, что им нужно. Им не хватает терпения и навыка для осуществления того, что людям, не страдающим наркотической зависимостью, удается сделать в контакте с окружающими людьми.

Теперь понятно, почему у людей, склонных к наркозависимости, отсутствуют определенные положительные качества, прежде всего способности сближаться с людьми, привлекать их на свою сторону, а также умения строить и поддерживать прочные, полезные, надежные и сердечные взаимоотношения. У них обнаруживаются провалы в переживаниях и более или менее выраженные дефициты, осознанно воспринять которые было бы невыносимо. Поэтому такие люди хватаются за любое, пусть даже вредное средство, если только оно позволяет облегчить страдания от такого невыносимого состояния.

В этом и состоит выигрыш, получаемый наркоманом от употребления наркотика. Наркотик становится добрым, спасительным объектом, который оказывается столь желанным именно из-за его приятного, спасительного воздействия.

Но то, что наркотик одновременно оказывает и вредное воздействие (из-за своих фармакологических свойств), либо вообще не замечается, либо вытесняется с применением механизмов психологической защиты. Однако бывает и так, что люди бессознательно ищут наркотик именно ввиду его вредного воздействия. Подобное саморазрушительное пове-

дение нелегко объяснить. Однако оно становится понятнее, если вспомнить, что дети, в свое время ставшие жертвами насилия, повзрослев, сами начинают делать с собой то, что когда-то другие сделали с ними.

9. Перверсии

9.1. Обзор

Здоровая «зрелая» сексуальность предполагает наличие многих навыков и умений: общительности, уверенности в себе, чувства юмора и остроумия, эмоциональной устойчивости при общении с другими и с самим собой, дифференцированной эмоциональной жизни и хотя бы минимального знания людей, способности открыться другому человеку со всей деликатностью, охватывающей весь спектр парциальных влечений, но безо всякого принуждения, а также умения уступать.

Тогда сексуальность может быть чем-то большим, чем примитивное удовлетворение влечения: чем-то, что оживляет и обогащает межличностные отношения.

Еще в своих «Трех очерках по теории сексуальности» (Freud, 1905d) Фрейд показал, что все мы изначально «полиморфно перверсны», т. е. у нас есть потребности:

1) наблюдать за сексуальными действиями других (влечение к подсматриванию – вуайеризм);
2) выставлять свои половые органы на всеобщее обозрение (наслаждение от демонстрации самого себя – эксгибиционизм);
3) использовать какой-либо интимный предмет как замену желанному человеку (фетишизм);
4) перевоплощаться в человека другого пола, переодеваясь в соответствующую одежду (трансвестизм);
5) и даже более того, вообще хотеть быть таким, как представитель другого пола (транссексуализм);
6) мучить, унижать других, причинять им физические или психические травмы (садизм);
7) самому подвергаться мучениям, унижениям и даже уничтожению (мазохизм).

«Перверсное» поведение аналогично делинквентному – это действия, которые данное общество считается отклоняющимися от нормы. Ко-

гда речь идет также о поведении, не соответствующем социальным нормам, то это «асоциальное» поведение, а когда оно полностью противоречит общественным нормам – это антисоциальное поведение. В этом-то и состоит общий знаменатель делинквентного поведения, наркомании и перверсных действий.

Поэтому «перверсии», «делинквентность» и «наркозависимость» – это такие универсальные понятия, которые вполне могут подойти для описания проекций коллективного бессознательного (Erdheim, 1988). Все диагностические ярлыки носят отпечаток той или иной культуры и идеологии. Хотя антисоциальное поведение, перверсия и наркозависимость в клинико-психоаналитическом смысле обозначают специфический вид заболеваний, всегда есть опасность неправомерного использования этих категорий, аналогично понятиям «истерический» и «нарциссический», в качестве экрана для проекции нежелательного, социально обесцененного поведения. Поэтому вообще следует признать, что психоаналитические исследования должны опираться только на клинические и метапсихологические категории, а не на нормативные (т. е. соответствующие господствующей социальной норме) понятия и представления. Особенно это относится к исследованиям сексуальности, так как в них становится особенно ясно, что нормативные категории не подходят для осмысления бессознательных фантазий, проявляющихся в демонстративном сексуальном поведении. Так как тенденция к злоупотреблению диагностическими категориями широко распространена, аналитики всегда должны мысленно анализировать и свои собственные идеологические предубеждения.

9.2. Перверсия – агрессивная форма любви

Как показал Роберт Дж. Столлер (Stoller, 1975), в перверсном действии (в его наиболее ярком выражении – в садизме) проявляется «эротическая форма ненависти». Такая ненависть велика и неуправляема именно потому, что в большинстве случаев возникает реактивно, как реакция на травму, которую извращенцу пришлось пережить в детстве. Теперь, будучи взрослым, человек, переживший такую травму, так сказать, меняет тактику и сам торжествует над другими, совершая перверсный акт с другим человеком так, как кто-то в свое время торжествовал над ним.

Компонент ненависти и презрения к другим людям мы находим во многих перверсных отношениях, пусть и не в такой откровенной форме, как в отношениях между садистом и мазохистом. Фетишист предпочитает другим людям фетиш. Эксгибиционист не стремит-

ся по-настоящему сблизиться с женщиной, а всего лишь показывает ей свой эригированный член, а возможный триумф может пережить, только если напугает ее, пренебрегая опасностью, что кто-то заявит на него в полицию. Транссексуальная личность недовольна данным ей от природы биологическим полом. Во многих случаях она ограничивается тем, что вводит в заблуждение самого себя и других людей, надевая одежду другого пола и щеголяя в ней (трансвестизм). Но бывает, что человек хочет гораздо большего: действительного изменения физического пола (транссексуализм).

У многих людей феномен смены пола (Pfäfflin, 1993) вызывает двоякие чувства – повышенный интерес, и одновременно неприязнь, и даже отвращение. Речь идет, например, о ситуации, когда желания женщины, которая хочет стать мужчиной, заходят настолько далеко, что она смиряется с ампутацией груди и операцией по созданию работоспособного «пенисоида», только чтобы больше не ощущать себя столь ненавистной женщиной, а наконец стать тем мужчиной, которым она себя чувствует. Субъективное ощущение себя мужчиной гораздо важнее, чем объективная анатомия. Противоположный процесс происходит с человеком, который, будучи по своему анатомическому строению мужчиной, до глубины души ненавидит свою принадлежность к мужскому полу. Такая личность может почувствовать себя полноценной, лишь став женщиной.

Мы говорим здесь о людях, которым кажется, что лишь смена пола может позволить им наконец добиться страстно желаемой идентичности, утвердить еле теплящееся ощущение, что они тоже имеют право на свое собственное существование.

Перверсные действия кажутся негуманными из-за того, что в них присутствует доля неприкрытого или замаскированного насилия. Это особенно ярко выражено в случаях сексуального насилия над детьми с целью получения удовлетворения. Но разве педофилы не демонстрируют также всем своим поведением, насколько «безобразно» мы, взрослые, иногда обходимся друг с другом или с нашими детьми, не уделяя им внимания и любви, как будто имеем дело с неодушевленными предметами? При этом мы вежливы и предупредительны с людьми, которых мы уважаем, или с гостями. Поэтому нам не стоит оставлять без внимания «неслыханные» и в прямом, и в переносном смысле этого слова послания людей, совершающих перверсные поступки: «Вот что получается, когда в детстве нас не любили, нами пренебрегали, мучили, насиловали!»

Такие послания перверсных людей (чаще всего так и остающиеся неуслышанными) следует понимать как предостережение и обращенный к нам призыв. Перверсные люди своим поведением слишком ясно показывают нам, чего мы недодали им в детстве.

9.3. Современные аспекты

Психоаналитическую литературу о перверсном синдроме можно подразделить в соответствии с тремя теоретическими парадигмами (Kernberg, 1984; De Masi, 2003a). Первая основана на фрейдовских «Трех очерках по теории сексуальности» (Freud, 1905d). В этой психосексуальной модели перверсия рассматривается как регрессивное, чаще всего анально-садистическое проявление полиморфно-перверсной инфантильной сексуальности, как защита от страха перед кастрацией, которые не позволяют преодолеть эдипов комплекс; страх и вина получают либидинозную окраску. В случае перверсии Я признает и влечение, и защиту, что приводит к расщеплению Я и частичному отрицанию реальности. Регрессивная анальность перверсных людей направлена на фундаментальную защиту от признания половых и поколенческих различий (Шассеге-Смиржель, Кернберг). В противоположность этой точке зрения, авторы, идеи которых можно отнести ко второй парадигме (британская группа независимых психоаналитиков, психология самости, интерсубъективисты), основную роль отводят защитной функции перверсного синдрома, направленной в первую очередь против прегенитальных страхов, угрожающих личностной идентичности. При таком подходе манифестная перверсия должна компенсировать нарциссическую ранимость самости, обусловленную психопатологией первичных объектов. В третье парадигме, поддерживаемой кляйнианцами и посткляйнианцами, подчеркивается значение сексуализации, роль жестокости и сексуализированной агрессивности. Мельцер (Melzer, 1973) в созданной им концепции сексуализированных психических состояний описывает существенный признак специфической перверсии («perversion proper»). В этой теории перверсной структуры личности деструктивность, проявляемая как жестокость, сопровождаемая возбуждением и контролем, доходит до открытого садизма. Необходимое сначала расщепление сексуальности и агрессивности устраняется, сексуализированные плохие части личности доминируют над либидинозно заряженными частями, так что настоящая интеграция блокируется. Основное деструктивное качество перверсии (состояние, подобное болезненному пристрастию) перекрывает все другие защитно-оборонительные функции и разрушает структуру самости.

9.4. Структура характера

В последние десятилетия были выявлены и довольно подробно исследованы не только невротические и структурные перверсии, но и специфические перверсные структуры характера, перверсные объектные

отношения и перверсные формы переноса (McDougall, 1982; Kernberg, 1992; Goldberg, 1995; Filipini, 2005). Основной признак этой формы перверсного нарушения характера, которое может проявляться явными перверсными симптомами или обходиться без них, – это вид симбиотический (не в психотическом смысле) «перверсной связи» с объектом. Если включаются сексуальные симптомы и паттерны поведения, главным защитным механизмом становится сексуализация. Главная бессознательная цель перверсии – устранение инакости объекта путем его дегуманизации, разрушения различий между поколениями и полами, а также отрицание репродуктивной функции родителей и беспомощности ребенка. Если все равны и нивелированы, то нет ни зависти, ни конфликтов, ни страха, ни депрессии. Перверсность здесь следует понимать в изначальном смысле слова: искажение и передергивание фактов, манипуляция тем, что есть реальность и истина. За счет специфической (часто садомазохистской) сексуализированной «техники» (Khan, 1974), мощно притягивающей объект, все обращается в свою противоположность, причем объект этого даже не замечает и вынужден признать эту ложь истинной правдой. Примером этого может служить мистический триллер «Газовая лампа» (США, 1944).

Недавно оригинальную концепцию перверсии предложил Де Мази (De Masi, 2003b). Опираясь на результаты исследований младенцев, он обращает внимание на категориальные различия между перверсным синдромом и инфантильной сексуальностью. Хотя перверсный синдром и возникает в течение инфантильной, т. е. также и сексуальной истории конфликтов, но он не представляет собой нарушения развития или варианта инфантильной сексуальности. Де Мази отмечает, что популярная концепция регрессии и фиксации недооценивает существования собственно садомазохистской перверсии, например воздействия отщепившегося сексуализированного ядра, которое постепенно может разрушить остаток личности. Поэтому, чтобы прояснить эту сложную этиологию, вначале надо отказаться от разделяемой многими психоаналитиками идеи о сексуальной основе садомазохистской перверсии; кроме того, для исследования этого синдрома необходимо учитывать не только содержание манифестного сексуального поведения, но и, прежде всего, качество интериоризированных объектных отношений и роль агрессии. Свою точку зрения Де Мази обосновывает, в частности, тем, что, в отличие от нарушений сексуальных переживаний и поведения при самых разных формах психопатологии, коренящихся в инфантильной полиморфно-перверсной сексуальности, в случае истинного садомазохизма не наблюдается ни смешения влечений, ни объектных отношений в форме межличностных любовных отношений, ни связи с миром, как нет и проработки опыта переживания первичной сцены в форме фантазий. По мнению Де Мази, необходимое условие (condi-

tio sine qua non) садомазохистской перверсной структуры и ее существенного признака – первичного наслаждения деструктивностью – состоит скорее в лишении объекта человеческих свойств (прежде всего, в области высших ценностей) и тем самым в превращении его в вещь.

Де Мази так описывает собственно садомазохистскую перверсию: для нее характерно то, что первичное деструктивное наслаждение неразрывно связано с лишением объекта человеческих свойств, даже с психическим, а иногда и с физическим устранением объекта, а также с идентификацией мазохистского «партнера» с этим садистским удовольствием, которое только усиливается пропорционально отвращению, самоуничижению и страху быть убитым, которые испытывает этот «партнер» садиста. Так что перверсный способ достижения оргазма основывается на полной идентификации. В этой связи Де Мази возражает авторам, которые являются сторонниками второй парадигмы: не ранимая самость ищет когерентности с помощью сексуализации, а как раз наоборот: механизм сексуализации ослабляет самость и в конечном итоге приводит к ее разрушению (инверсия линейной последовательности травма – перверсия); в противоположность постсляйнианским теориям, ДеМази отмечает, что садомазохистская монада и сексуализация, обосновывающая и поддерживающая ее динамику и структуру, – это проявление первичного удовольствия, получаемого от разрушения, и в этом отношении означает не действие для защиты от страха, боли или крушения самости, а уход в свой личный мир; обязательное условие для этого – именно устранение всей личности, а не просто контроль и уничтожение отличий и отделенности объекта. Поэтому собственно садомазохистская перверсия этиологически, динамически и структурно отличается от перверсных симптомов при психозах и пограничных расстройствах. Де Мази пишет, что в последнем случае сексуализация служит для защиты от страха преследования и уничтожения путем осуществления перверсных фантазий.

Садомазохистская перверсия, сексуализированное состояние психической части личности, возникает в детстве как отщепившееся ядро самости и отличается всемогуще-нарциссическим качеством. Эта перверсная часть самости постепенно сексуализирует и функции Я (Хартманн), особенно восприятие, требуя в качестве обязательного условия для получения оргастических ощущений не только разрушения объекта, но и уничтожения также всех неперверсных аспектов самости. В случае структурной перверсии витальная агрессивность заменяется первичным наслаждением от разрушения; в любые объектные отношения вплетается агрессия, а отношения зависимости превращаются в деструктивные интеракции. Тогда развитие витальной ненависти, например, в форме отграничивающей и разделяющей агрессии, уже невозможно. Решающее значение имеет тот факт, что садомазохистская перверсия (в отли-

чие от перверсных симтомов, обнаруживающихся при делинквентности, пограничных расстройствах и психозах) – это не защитное действие и не патологическая структура личности, а открытое проявление первичного удовольствия от разрушения. Садомазохистское наслаждение носит жестокий характер, похожий на манию, и состоит из смеси возбуждения и безразличия, заменяющих ненависть и агрессию к объекту.

9.5. Структурный уровень

Множество теорий, возникших в разных психоаналитических школах, – это необязательно недостаток; скорее можно утверждать, что различные теоретические подходы представляют собой разные клинические аспекты одного и того же синдрома (это относится и к мании, и к личностным расстройствам, психосоматозам, психозам). Такой вывод напрашивается потому, что тот аспект перверсного синдрома, который служит для защиты от невротических конфликтов, наиболее убедительно вписывается в концепции структурной теории и в подходы психологии самости; а различные подходы, основанные на теории объектных отношений, напротив, могли бы дать возможность теоретически объяснить другие подгруппы перверсного синдрома на нижнем структурном уровне, придавая разное значение характеру защит, вопросу нарциссической когерентности (интегрированности) самости и агрессивным конфликтам. При таком подходе и в соответствии с вышеобозначенными парадигмами можно выделить следующие четыре структурные и динамические разновидности перверсий.

Если корни перверсии уходят в невротические конфликты, пациенты способны к триангулярным отношениям. Они достигли стадии константности объектов, способны выдерживать амбивалентность и могут строить глубоко эмоциональные отношения, включая переживания скорби и вины, а также допускают отделенность и инакость объекта любви. Правда, они часто испытывают страдания от анально-садистского Сверх-Я и нереальных Я-идеалов, являющихся регрессивным проявлением неразрешенных эдипальных конфликтов. Соответственно, сильно выражены страхи перед кастрацией. Перверсия у таких пациентов служит средством компромиссного устранения конфликтов, а потому является «негативом» невроза (Freud, 1905d; Arlow, 1986). Считается, что перверсный симптом, как и сновидение и невротический симптом, представляют собой компромиссные образования. Наряду со страхами перед кастрацией большую роль играют также нарциссические страхи неудач (Chasseguet-Smirgel, 1984, 1991). При этом идеализирующие тенденции в перверсной сцене служат инверсии, возмездию за унижения, пережитые на фаллически-нарциссической

стадии, а также за нарциссическую обиду исключения из полового акта родителей, что опять же, по мнению Ж. Шассеге-Смиржель, может представлять собой позицию защиты от мучительного признания (мужчины) в неспособности к пенетрации.

При структурной перверсии действуют динамические, структурные и генетические закономерности, характерные для нижнего структурного уровня. Правда, многие такие пациенты дополнительно страдают еще и от нестабильной половой идентичности. Множество исследований и клинический опыт указывают на то, что пациенты со структурной перверсией пережили тяжелые травмы в своей ядерной половой идентичности или при идентификации с полоролевой идентичностью (Tyson & Tyson, 1990). В бессознательном пациенты путаются как со своей собственной половой идентичностью, так и с половой идентичностью родителей. Пациенты рассказывают, что в первичных взаимоотношениях отец часто был дистанцированным и отвергающим, а иногда эффеминированным и пассивным или, наоборот, вспыльчивым и агрессивным в сочетании с сексуальными злоупотреблениями против ребенка. Мать в воспоминаниях представляется или такой же дистанцированной и холодной, или переходящей все границы вплоть до реального сексуального совращения ребенка (Limentani, 1991). Часто ситуация осложняется тайным сообщничеством матери и сына, который лелеет иллюзорную надежду оказаться адекватным партнером для своей матери (McDougall, 1978, 1982; Grunberger, 1988; Chasseguet-Smirgel, 1991). Одно из последствий этой бессознательной констелляции – формирование психической структуры «смонтированного внутреннего объекта» (Khan, 1974, 1979). В этом случае маленький ребенок интроецирует образ самого себя как кумира матери. Такая превращенная в кумира самость – это «вещь, сотворенная» матерью, она отличается от настоящей эмоциональной близости и тесной связи; такая самость представляет собой нечто прямо противоположное. Из-за этого отсутствует возможность интеграции полиморфно-перверсной сексуальности и интернализации интегрированных репрезентантов мужественности и женственности.

Как показал Хан (Khan, 1979, S. 32), перверсный человек, используя специфическую «технику близости», «игру, состоящую из обмана, всемогущества и манипуляций в общении с объектом», пытается принудить свои объекты к отношениям зависимости и к обоюдному занятию удовлетворением влечений. Специально создаваемыми сценами, которые контролируются и сексуализируются перверсным человеком, он защищается от регрессии и зависимости. За счет инверсии пассивности на активность, а также посредством извращенных желаний прежний травматический опыт и переживания полнейшего унижения, стыда и беспомощности в сексуализированной сцене с объектом превращаются в маниформный триумф. Структурные перверсии из-за исполь-

зования сексуализированной «техники близости» и ее прогрессивного и регрессивного защитного характера оказываются стабильными конфигурациями. На основе маниформного характера возмещения ущерба, причиненного объектам, в перверсной сцене с объектом в конечном счете воспроизводится первоначальная травматическая ситуация, в которой, правда, перверсным человеком часто выбирается другая роль. При этом группа структурных первесий характеризуется связной структурой защит: заполненная бессознательными перверсными фантазиями величественная самость наделяет перверсного человека определенной (псевдо) когерентностью, подобно тому, как это бывает при нарциссическом расстройстве личности (Kutter & Müller, 1999). Но есть и другие группы структурных перверсий, которые характеризуются хаотичным поведением под воздействием парциальных влечений и структурированы на пограничном уровне. Еще один критерий для выделения этой группы пациентов – отрицание «трех основополагающих фактов человеческой жизни»:

- признания доброй груди как объекта, готового прийти на помощь;
- творческого характера полового акта родителей;
- принятия хода времени и, в конечном итоге, смерти (Steiner, 1993).

При перверсной сексуальности и перверсных объектных отношениях эти основополагающие факты отрицаются в своего рода маниакальном триумфе.

Другая бессознательная защитно-оборонительная фантазия, служащая для проработки инфантильных травматических переживаний, – это «архаическая матрица эдипова комплекса» (Chasseguet-Smirgel, 1984). Это понятие также фиксирует в этиологии перверсии предэдипальную сексуализацию эдипова комплекса, сгущение и смещение предэдипальных и эдипальных импульсов. Бессознательный характер желаемого, присущий этой фантазии об архаической матрице эдипова комплекса, состоит в том, чтобы

> «снова открыть мир без препятствий, без неровностей и без различий, совершенно гладкий мир, идентифицируемый с лишенным своего содержания лоном матери, с внутренним пространством, к которому есть свободный доступ. За фантазией о разрушении или присвоении себе отцовского пениса, детей и экскрементов в утробе матери <…> можно обнаружить еще более основополагающее и архаичное желание, репрезентантом которого является возвращение в лоно матери. Речь в конечном итоге идет о том, чтобы на уровне мышления снова найти психические процессы без барьеров и со свободно текущей психической энергией. Отец, его пенис, дети воплощают реальность. Они должны быть разрушены, чтобы можно было вернуть обратно свойст-

венный принципу наслаждения специфический вид психических процессов. Фантазия о разрушении реальности придает фантазии об опустошении лона матери первостепенное значение. К реальности приравнивается содержимое (живота), а не сам контейнер. Пустой контейнер репрезентирует ничем не сдерживаемое наслаждение <…> а препятствия на пути к материнскому телу – это репрезентанты реальности» (Chasseguet-Smirgel, 1984, S. 91 и далее).

Структурные перверсии с синдромом злокачественного нарциссизма, прежде всего в рамках антисоциального расстройства личности, представляют собой крайне опасную смесь. Мы часто находим их у педофилов, насильников и убийц (Stone, 1989; Berner, 2000).

10. Психоаналитическое учение о психозах

10.1. Основы, заложенные Фрейдом

Хотя психоанализ – и как исследовательский метод, и как теория для клиники и техники лечения – берет начало с исследования невротических феноменов и сновидений, в то же время существует и долгая история психоаналитического изучения психозов. Характерной чертой исследовательского метода Фрейда было то, что для экстраполяции своих клинических и теоретических идей он часто опирался не на обычные психологические явления, а на психотические процессы. Так, например, его теории сновидений, нарциссизма, ипохондрии, Сверх-Я и Я-идеала, бессознательного, принципы психических процессов или расщепления Я освещаются с привлечением психотических феноменов. Как побочный результат этой работы возник целый ряд различных моделей психозов: психозы как результат конфликта (Freud, 1894a); взаимосвязь психоза, нарциссизма и сновидения (Freud, 1900a, 1911b, 1914c, 1915e, 1916–1917g); психоз как судьба, обусловленная идентификацией с утраченными объектными отношениями (Freud, 1916–1917g); психоз как результат конфликта Я с внешним миром (Freud, 1924b, 1924e, 1940e). На протяжении всего своего творческого пути Фрейд разрабатывал теоретические модели психотической структуры; правда, ему не всегда удавалось интегрировать свои взгляды на психоз в развивающуюся психоаналитическую теорию. В топографической теории Фрейд представил непротиворечивую и полезную для клинической работы модель, которая может довольно хорошо объяснять центральные аспекты психотической структуры. Так, например, в работе, посвященной анализу Шребера (Freud, 1911c), Фрейд разрабатывает тему различия

между невротической и психотической проекциями, а также проясняет механизм фрагментации («светопреставления»), который регулярно наблюдается в ходе психотического процесса. Фрейд четко распознает, что фрагментация («разделение на составные части») представляет собой общую тенденцию шизофрении, «которая должна предотвратить возникновение слишком сильных впечатлений» (там же, S. 285); точно так же «отвержение» – это не просто отрицание или отказ, а намного более радикальное «внутреннее устранение» в смысле уничтожения значения, а следовательно, и психической репрезентации. В этой статье Фрейд устанавливает также связь с положениями теории объектных отношений, когда пишет, что из-за фрустраций и обид могут возникать психотические кризы. В работе «Бессознательное» (Freud, 1915e) Фрейд излагает эту модель более подробно и пишет, что психотический процесс определяется потерями энергетических зарядов и символических значений бессознательных репрезентантов объектов. Именно в этой работе Фрейд проясняет структуру психоза переноса как конкретистичного (т. е. конкретного, реального, материального, физического, а не символического или ментального) отношения к вещам и предметам и описывает восстановление[1] как всемогущую попытку исправить положение. Фрейд признает, что психотический человек в результате разрядки энергетического потенциала бессознательных объектных представлений не только уходит от внешней реальности и межличностных отношений и теряет их символическую репрезентацию в бессознательном, но и гораздо более радикально разрушает важную мембрану между системами сознания и бессознательного, а возможно, и даже систему бессознательного, необходимую для формирования невротических симптомов и работы сновидений (Müller, 2008). В более поздних работах (Freud, 1914c) Фрейд определяет первичный нарциссизм как психотическое состояние и проясняет принципиальные психотические механизмы защиты, такие как психотическая идентификация (Freud, 1916–1917g), психотическое расщепление (Freud, 1940a, 1940e), всемогущее восстановление самости и объекта (Freud, 1924b, 1924e), а также психотические структуры и Сверх-Я (Freud, 1939a).

10.2. Современные разработки

Ценные импульсы к развитию психоаналитической теории психозов и психотерапии психозов были даны учениками Фрейда, сначала в ранних работах К. Г. Юнга, а затем в трудах К. Абрахама (Abraham, 1924),

---

[1] Защитный процесс для ослабления вины путем компенсаторных действий в отношении амбивалентно инвестированного объекта. – *Прим. ред.*

который начал исследовать объектные отношения при аффективных психозах. Английские аналитики, последователи М. Кляйн, в 1950–1960-е годы стали применять психоанализ в лечении психотических пациентов и сделали принципиальные выводы о динамике психотических заболеваний. При этом английские психоаналитики опирались, прежде всего, на кляйнианскую теорию позиций. Сигал (Segal, 1957, 1981) сформулировала теорию психотического расстройства символизации: мышление маленького ребенка развивается от символического приравнивания в параноидно-шизоидной позиции до символической репрезентации в депрессивной позиции. Если при символическом приравнивании символ и символизируемый объект, а частично и самость сливаются друг с другом (что вызвано, в частности, характерными для психотической структуры проективными идентификациями, устраняющими границу между самостью и объектом), то только в депрессивной позиции происходит разделение на символ, самость и символизируемый объект, что выражается как символическая репрезентация (непсихотическая структура). Розенфельд (Rosenfeld, 1964, 1987) подробно исследовал психотические положительные и отрицательные переносы, а также шизофренический негативизм. Розенфельду удалось показать, что даже до живущих крайне уединенно и негативистски настроенных психотических пациентов можно «достучаться» интерпретациями, так как при регрессии на очень раннюю нарциссическую стадию они даже в таких состояниях крайнего погружения в себя все-таки сохраняют специфические (психотические) объектные отношения. Бион (Bion, 1962) также разрабатывал теорию Фрейда о психотической и непсихотической частях личности, исследовал связи между обоими аспектами личности и изучал закономерности и пути развития психотического мышления.

Бион и Розенфельд выясняли также различные функции и разновидности проективной идентификации: от коммуникативных до защитно-оборонительных. Эти авторы попытались дифференцировать психотические и непсихотические версии проективной идентификации. Бион и Розенфельд подчеркивали важность сопровождаемых неинтегрированной агрессией проективных идентификаций и расщеплений, составляющих основу нарушения идентичности психотического Я, а также нарушений речи, аффектов и мышления. Так как страх и чувство вины при психозах имеют преследующий характер, психотики уходят в психотические бредовые миры или в негативизм, что характерно для мощной патологической структуры (Steiner, 1993). Бион подчеркивал, что, наряду с «врожденной предрасположенностью младенца», свой вклад в возникновение психотического заболевания может вносить также и опыт отношений – имея в виду неудавшееся контейнирование, бессознательно вызванное материнским первичным объектом.

В этом случае предрасположенный к психозу младенец не имеет возможности интегрировать страх смерти, ненависть, зависть и жадность, потому что ему недостает объекта, который мог бы принять в себя эти страхи, понять их и предложить младенцу в модифицированной форме для реинтроекции. Поэтому младенец идентифицирует себя с объектом, который почувствовал, что его переполняет страх смерти и который в ходе дальнейшего психического развития оказывает хроническое неблагоприятное воздействие на внутренние и внешние отношения младенца, а также на его восприятие. Бион считал, что на долю определенных психических функций (так называемых альфа-функций, которые возникают, в частности, путем идентификации с альфа-функциями первичных объектов) выпадает задача такого кодирования необработанных данных чувственного восприятия, чтобы их можно было сохранить в памяти, вспомнить и придать им значение. Только тогда эти чувственные восприятия станут доступны сознательному и бессознательному мышлению. Чувственные впечатления, не обработанные альфа-функцией, существуют как «вещи в себе», как сырые данные. О них невозможно говорить или думать (в смысле саморефлексии). Из этого следует, что при структурном расстройстве символизации для страдающего этим расстройством не существует такого измерения, как значение, он не говорит и не думает о чем-то, для него существуют только вещи, объекты (например, заснеженный ландшафт воспринимается лишь как скопление замерзшей воды, без значения, аффектов, без символического значения). При этом восприятия означают только нечто конкретное (конкретизм).

Психология Я углубила взгляды Фрейда, основанные на структурной теории. Федерн подхватил идеи Тауска («аппарат воздействия») и сформулировал концепции подвижных границ Я и сменяющихся эго-состояний. Они объясняют нарушения самоощущения недостаточным нарциссическим наполнением границ Я. Последствие этого – чувства дереализации и деперсонализации (переполненность внешними впечатлениями), а также бредовые представления (переполненность изнутри). Эту модель расширил Хартманн (см.: Arlow & Brenner, 1964), видевший решающие условия для возникновения шизофренного психоза в совпадении двух факторов: во-первых, непереносимых конфликтов между Я и Оно, с одной стороны, и внешним миром, с другой; во-вторых, первичной ущербности автономных аппаратов Я (нарушение бесконфликтной сферы Я из-за отсутствия нейтрализации либидинозной и агрессивной энергий).

Клинически важной оказалась концепция Хартманна о регрессии избирательных функций Я. Катан (Katan, 1954) и Федерн (Federn, 1956; см.: London, 1973) расширили к фрейдовскую концепцию расщепления Я и дифференцировали теорию психотических и непсихотических аспек-

тов личности; по времени их работы примерно совпали с публикациями Биона, в которых тот разрабатывал свое направление в психоанализе.

В США важные импульсы для исследования психозов дали прежде всего Вашингтонская школа во главе с Х. Ф. Сирлзом, а также работы М. Малер и Э. Якобсон, ориентирующиеся на психологию Я и теорию объектных отношений. Сирлз и его сотрудники Фр. Фромм-Райхманн и Б. Бурнхам, а также их последователи (Пао, Файнсильвер, Волкан) видят в психотических симптомах отчаянные попытки решения общечеловеческих экзистенциальных конфликтов, в первую очередь, между потребностями в симбиотической зависимости, с одной стороны, и сильной враждебностью, бредовым всемогуществом и желаниями отделения – с другой. Дилемма психотика (дилемма потребность – страх) состоит в том, что ему нужен объект для удовлетворения своих желаний; однако он боится удовлетворения этих желаний из-за связанного с этим страха слияния с объектом («голод по объекту»). Согласно теории репрезентантов (Э. Якобсон), в шизофренном психозе сначала происходит регрессивный распад структуры репрезентантов самости и объектов, а затем они, смешиваясь в ходе реституции (восстановления) и объединяясь, оформляются в новые бредовые единицы, что хронически повреждает межсистемные и внутрисистемные границы. Эти представления были подтверждены данными исследователей психического развития детей (Малер, Тастин).

С начала 1990-х годов психоанализ стал более интенсивно заниматься психозами. В Германии это, в первую очередь, группа, сформировавшаяся вокруг «франкфуртского проекта по исследованию психозов», которая издает научный журнал *«Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie»*, посвященный исследованию психозов.

С. Ментцос, объединив психологию Я, психологию самости и исследования младенцев, предпринял попытку сформулировать психодинамическую модель шизофренных психозов. Причины основного шизофренического конфликта Ментцос видит в биполярности тенденций, центрированных на самости и на объекте, что приводит к дилемме выбора между нарциссической уединенностью и слиянием с объектом и, как следствие, к растворению границ Я.

И в других странах психоаналитики-клиницисты и аналитики, занимающиеся научными исследованиями, серьезно изучают тему психозов: так, в Италии это группа во главе с К. Корреале и Ф. де Мази, которая пытается связать подходы Биона и Бенедетти; во Франции это традиции Ж. Лакана, П. Оланье и Поля-Клода Ракамье. В новейших работах по психологии Я (Маркус, Виллик) предпринимаются попытки интеграции результатов нейробиологических исследований с помощью подробного феноменологически-психопатологического изучения шизофренических функций Я. Психоаналитики, входящие

в британскую группу независимых психоаналитиков, идя по стопам Винникотта (1896–1971), решающим патогномическим фактором развития шизофренных психозов считают фундаментальную несостоятельность окружающего мира.

В психологии нарциссизма и психологии самости на основе гипотезы о независимой линии развития нарциссизма проведены исследования дезинтегрированных форм нарциссизма, регрессивных движений к архаическим нарциссическим фиксациям, фрагментациям системы самость–объекты, а также реститутивного (восстановительного) возвращения к жизни архаически-нарциссических конфигураций самости и объектов. У психотических пациентов не получилось сформировать когерентную ядерную самость и стабильные идеализированные объекты самости, так как их самость в психогенетическом плане возникла в результате взаимодействия генетических факторов и несостоятельных первичных объектов; более того, психотики остаются фиксированными на «архаических конфигурациях величественной самости и/или на архаических, переоцениваемых, нарциссически символизированных объектах», которые не были интегрированы в личность (Kohut, 1971, S. 19). Острый психоз характеризуется необратимым распадом архаической самости и нарциссически нагруженных единиц, состоящих из самости и объектов, что приводит к известной шизофренной симптоматике, в то время как на реститутивной (восстановительной) стадии фрагментированные психические структуры часто возрождаются в форме сексуализированных продуктивных симптомов (бред, галлюцинации). Пусковыми ситуациями в большинстве случаев оказываются тяжело переживаемые обиды и оскорбления, нанесенные чувству собственной значимости.

Лакан и находящееся под его влиянием структурно-лингвистическое направление, опираясь на идеи Фрейда об отвержении и полном лишении аффективного наполнения и значения бессознательных репрезентантов объектов, определяют вытеснение (foreclusion) как специфический защитный механизм при шизофренных психозах. Его смысл состоит в полном удалении сигнификатов из символического измерения, в результате чего они не могут быть интегрированы в бессознательное, а всегда приходят извне, ощущаются как галлюцинаторные феномены. С этим связана изначальная неспособность к символизации, так как у желаний и мыслей больше нет символической репрезентации в бессознательном, они существуют скорее как представления о предметах. Однако из-за принципиального разрушения смыслового измерения психотическая бредовая продукция получает смысл лишь «задним числом». Другие французские психоаналитики разрабатывают защитное значение шизофренических парадоксов (Nacht, 1958; Doucet, 1969–1971). Ракамье (Racamier, 1991) пытается соединить концепцию

энергетической и структурной регрессии Якобсон с представлениями Лакана об отвержении и с положениями фрейдовской теории либидо о полной разрядке напряжения. Ракамье считал симптомы шизофрении проявлением борьбы против любой амбивалентности и конфликтности, победа над которыми достигается лишь ценой потери ощущения Я в форме психического суицида (так называемый антинарциссизм: либидинозное опустошение самости).

10.3. Этиология

С этиопатогенетической точки зрения, психозы в последние годы рассматривались как психосоматозы с поражением мозга (Volkan, 1995; Mentzos, 2000; Müller & Matejek, 2000). Эта модель пытается более полно учесть генетические, физиологические и биохимические, а также психические аспекты, придавая одинаковое значение и органическим, и психическим факторам и интегрируя их. Согласно этой модели, можно представить следующую схему соматопсихического-психосоматического процесса. Уязвимые, генетически обусловленные или вызванные пренатальными воздействиями физиологические мозговые процессы могут специфическим образом реагировать на особенности первичных объектных отношений (эти отношения могут обладать специфическими характеристиками вплоть до психопатологических признаков), вызывая тем самым как патогенный процесс в ходе функционального и структурного формирования мозга, так и конфликты в объектных отношениях. Таким образом могут возникать генетически обусловленные дефициты в функциях Я, приводящие к сильнейшим конфликтам в межличностных отношениях. Одновременно типичные для определенных стадий развития конфликты могут приводить к существенным изменениям физиологии мозга младенца с соответствующей предрасположенностью к уязвимости. Возникающая при этом психотическая структура, инфантильная психотическая самость, закреплена в этой констелляции скорее соматически. Однако инфантильная психотическая самость может возникнуть и в результате регрессии, когда еще не достигшие стабильности дифференциация и интеграция репрезентов самости и репрезентов объектов разрушаются травматическими влияниями, на место которых приходят слившиеся репрезентанты самости и объектов, заполненные «злыми» чувствами. В этом случае этиологию инфантильной психотической самости следует рассматривать, скорее, в психогенетическом контексте. Учитывая данные нейробиологических и нейрофизиологических исследований последних лет, такие клинические представления легко принять. Они свидетельствуют о том, что при этиопатогенезе шизофрении речь идет о соматопси-

хических и психосоматических процессах. Эта этиопатогенетическая модель регрессии хорошо согласуется также с данными исследований, посвященных привязанности, и с результатами исследований младенцев. Решающее значение имеет тот факт, что первичные дефициты Я, например, ограниченность барьеров, защищающих от чрезмерного возбуждения, подверженная сбоям проработка аффектов, а также ограниченные когнитивные функции и функции восприятия, вполне могут иметь генетическую природу. При «неподходящем» опыте взаимодействия с первичным объектом это может приводить к тяжелым конфликтам в отношениях с первичным объектом (Schwarz et al., 2006; о взаимосвязи между тяжестью психозов и инфантильными фиксациями см.: Kutter & Müller, 1999).

Кроме того, недавно стало известно, что травматический опыт объектных отношений и вызываемый им «стресс» неизбежно приводят к уменьшению количества нейронов в гиппокампе. Обратимым этот процесс может стать только в том случае, если удастся остановить воздействие глюкокортикоида – кортизола. Хронический травматический стресс приводит к окончательной потере нейронов гиппокампа (Mentzos, 2000). В контексте вопроса о генетической передаче, например, при шизофрении, совсем недавно нейробиологами обсуждалось предположение, что аффективные переживания, полученные в общении с ближайшим окружением, оказывают гораздо более сильное влияние на структурные свойства и на функциональное состояние центральной нервной системы, чем это предполагалось ранее (Eisenberg, 2005). В дополнение к этому многократно повторенные результаты исследований, выполненных на усыновленных детях и на близнецах (Rösler, 2000; Tienari, Wynne & Wahlberg, 2003), показывают, что возможная генетическая предрасположенность к шизофренному заболеванию чаще всего проявляется именно тогда, когда возникают травматические объектные отношения, выполняющие роль пускового механизма. И наоборот, непатологические, защищающие объектные отношения, по-видимому, способны компенсировать генетическую предрасположенность к шизофренным заболеваниям. В последнее время эти теоретические и клинические представления удалось подтвердить эмпирическими исследованиями. Лангеггер (Langegger, 2006) представил исследование, выполненное на детях с повышенным риском заболевания шизофренией. Эта работа содержит обзор исследований, посвященных усыновлению, близнецам и случаям повышенного риска заболевания шизофренией. В этой публикации Лангеггер показал, что в исследованиях последних лет содержатся однозначные указания на причинно-следственные взаимосвязи между психосоциальными факторами и возникновением шизофренных заболеваний.

10.4. Шизофренные психозы

Структура личности

Далее будет представлена попытка интеграции вышеописанных разнородных подходов в единую психоаналитическую модель, охватывающую этиологию, динамику и структуру шизофренных психозов. В русле этого подхода динамические процессы, которые могут привести к шизофренному психозу, отделяются от их этиопатогенетических (психогенных или биологических) причин. Последние относятся к континууму, полюса которого образуют сомато- и психогенез. Кроме того, этот подход позволяет исследовать структурный уровень (функции Я, объектные отношения, когерентность самости) отдельно от ассоциированного с ним расстройства личности. Согласно этой модели, следует отличать не только нижний структурный уровень шизофренных психозов от нижнего структурного уровня пограничной структуры, что показательно для разницы между дескриптивно- и структурно-психотическими заболеваниями, но сам нижний организационный уровень шизофренных психозов из-за вариаций в фиксациях, динамике и структуре также характеризуется существенными различиями. И наконец, в соответствии с этой моделью психотическая организация личности рассматривается как общий признак психотических заболеваний. Их важнейший симптом состоит в том, что восприятие реальности, разделенности и инакости самости и объектов (включая половые различия, разницу поколений, границу между внутренней и внешней реальностью) не интернализуется в качестве психической структуры, что приводит к базовым нарушениям триангуляции и символизации. Психотические части личности существуют в виде слившихся единиц, состоящих из самости и объектов и наполненных различными аффектами. Они находятся в различных конфликтных отношениях внутри самости, а если экстернализируются во внешние объекты путем проективной идентификации, то конфликтность сохраняется и в отношениях с этими объектами. Речь идет о неинтегрированных частях инфантильной психотической самости, рано расщепившейся в ходе развития, возникновение которой можно связать с не отмеченными психопатологией вторично регрессивно нагруженными стадиями развития или позициями.

В новейших исследованиях был выделен ряд психогенетических, динамических и структурных признаков гетерогенных групп шизофренных психозов (Lempa, 1992; Kutter & Müller, 1999; Cullberg, 2006). При этом оказалось, что при психотических заболеваниях гетерогенны и имеют различные психогенетические, динамические и структурные свойства не только невротические, но и психотические аспекты лич-

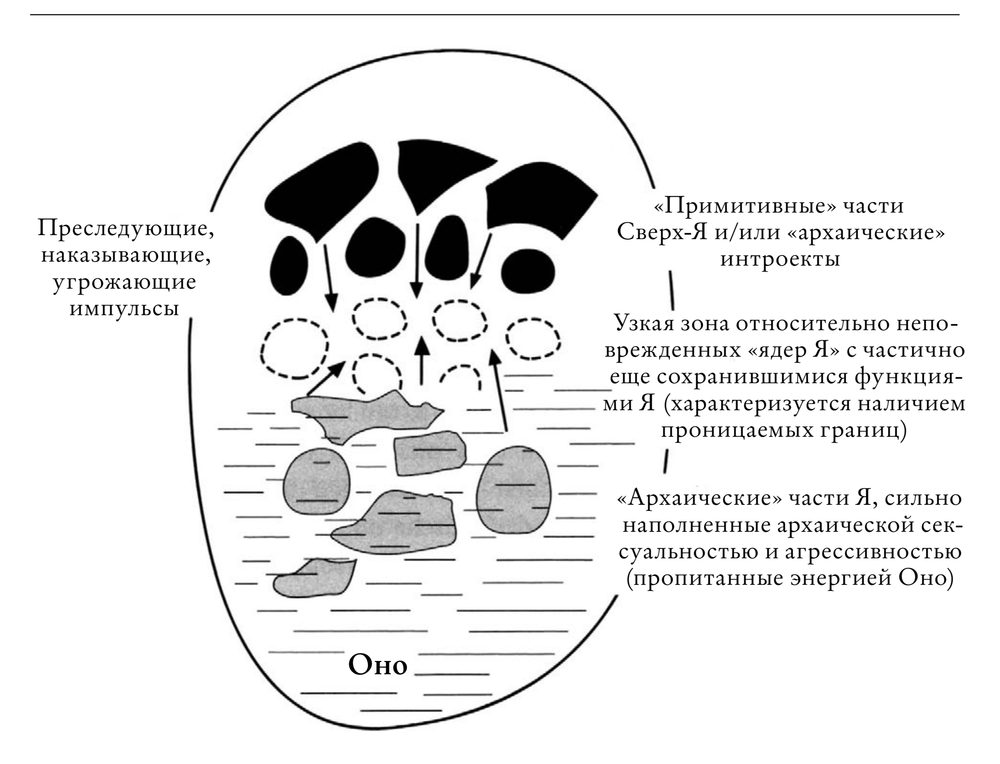


Рис. 13. Шизофренный психоз. Я многократно расщеплено на «ядра Я» (очерчены штриховой линией), между которыми нет четких границ. Угроза идет с двух сторон: со стороны «архаических интроекций Сверх-Я» (показаны черным цветом), угрожающих преследованиями и наказанием, и со стороны архаических «частей Я» (помечены серым цветом), которые «пропитаны» энергией Оно, «наводнены» ею

ности, для которых также выделено «несколько различных организационных форм» (Kafka, 1991, S. 99). Кафка выбрал для обозначения этого явления понятие «множественная психотическая организация личности». В целях дифференциальной диагностики можно выделить следующие различно структурированные группы психотических пациентов: те, у которых на первом плане находится хроническая защита от фрагментации (чаще всего в сочетании с негативной симптоматикой); пациенты со стабильной защитой от расщепления и слияния; и, наконец, группа с моносимптоматическими психозами[1] (Kutter & Müller, 1999).

[1] При моносимптоматических психозах мы, как правило, находим стойкие к изменениям и к терапии процессы расщепления, а также функциональные механизмы. Понятие «стабильной защиты» здесь относится также к прогрессирующей внутренней динамике распада при психозе и к желаниям изменений непсихотической части личности и к требованиям внешней реальности. – *Прим. Т. Мюллера.*

Дифференциально-диагностический признак психозов и пограничных расстройств состоит в том, что люди с пограничной структурой способны дифференцировать самость и объект, но у них не получается интеграция только добрых и только злых аспектов самости и объектов. В то же время больные психозом люди не способны ни к дифференциации, ни к интеграции самости и объекта. Диагностические различия между аффективными и шизофренными психозами не всегда легко распознать. При обеих формах психозов происходят слияния имаго объектов и самости, заменяющие нормальные вторичные идентификации Я и Сверх-Я. По мнению Якобсон (Jacobson, 1971), при аффективных психозах повторное слияние репрезентантов самости и объектов происходит внутри Я и Сверх-Я без разрушения этих структур. А при шизофренном психозе психическая структура, состоящая из трех частей, напротив, разрушается, и происходит преобразование слившихся единиц самости и объекта.

Психотический процесс

В исследованиях психотической структуры личности с позиции психологии Я и теории объектных отношений (Jacobson, 1971; Grotstein, 1990; Volkan, 1995; Kutter & Müller, 1999; Müller, 2001) было сделано предположение, что структура самости психотика состоит из различных аспектов личности, которые могут быть организованы как на высшем, среднем и низком структурном уровнях (пограничная структура в смысле Кернберга, см. главу VII.5), так и на низшем (психотическом) структурном уровне. Психотические части личности образуют устойчивые, гетерогенные по своему характеру психотические структуры личности. Равно как и непсихотическая самость, которая организуется из интернализованных объектных отношений, основанных на интроекции отношений репрезентанта самости с репрезентантом объекта, сопровождаемых одним из доминирующих аффектов (Kernberg, 1989), психотические части личности также возникают не просто из конфликтов, связанных с защитой от влечений, или конфликтов Я с внешней реальностью (как утверждают теория влечений или психология Я), а из следующих процессов: когда определенные неудачи в конфликтах и/или конфликты с внутренней и внешней реальностью становятся невыносимыми для непсихотических частей личности, самость не реагирует «мышлением» (Freud, 1911b), а, скорее, наполняется «паникой организма» (Pao, 1979) и «неописуемым страхом» (Bion, 1962), так как нет никакого внутреннего хорошего объекта и тем самым никакой интернализации альфа-функций, вместо которых личность переполнена «злыми» аффектами. Для защиты от такой экзистенциальной угрозы непсихотическая самость прибегает к пато-

генным расщеплениям, которые могут завершиться фрагментированием и нападками на символизирующие и синтетические (Nunberg, 1930) функции, а также на перцептивную функцию Я (Bion, 1967). Вследствие этого возникают осколки, фрагменты частей самости и объектов, а также аффектов и соединительных структур. В то время как некоторые психотические пациенты хронически пребывают в состоянии замешательства и фрагментации, другим все же удается мобилизовать свои психотические интроективные и проективные идентификации. Эти психотически всемогущие и конкретистичные защитно-оборонительные механизмы запускаются импульсом к выживанию в условиях психической катастрофы, причем фрагментированные имаго самости и объектов сливаются в «только добрые» единицы, а отдельно от них создаются «только злые» единицы, состоящие из самости и объектов. Такие слившиеся только добрые и только злые единицы, состоящие из самости и объектов, представляют собой всемогущее восстановление и реорганизацию расщепленных, фрагментированных аспектов личности. Эти бредовые, вновь созданные слившиеся единицы, состоящие из самости и объектов, находятся в многочисленных конфликтных отношениях с невротическими частями личности: во-первых, существуют конфликты с невротической частью личности; во-вторых, с имеющими противоположный аффективный заряд вновь образованными слившимися единицами, состоящими из самости и объекта (например, добрые голоса спорят со злыми голосами или пациент, идентифицировавшись с доброй единицей, состоящей из самости и объекта, считает, что он должен спасти мир и защитить его от злых сил, от злой единицы, состоящей из самости и объекта); наконец, в-третьих, существуют конфликты с объектами во внешней реальности, если на эти объекты или в них посредством проективной идентификации переносятся единицы, состоящие из самости и объекта (с клинической точки зрения, пациент борется, например, со «злым лекарством» или «злым психиатром». Эти защитные действия сначала приводят к некоторому облегчению, так как дают личности ощущение псевдосплоченности. Единицы, состоящие из самости и объектов, представляют собой структуры нового рода. Речь идет о неинтегрированных частях преждевременно отщепившейся инфантильной психотической самости, возникновение которой объясняется патологическим «отклонением от правильного пути», а не просто нахождением на вторично регрессивно нагруженных (или даже «нормальных») стадиях развития или позициях. Самость может плавно переходить от невротических аспектов к психотическим и, кроме того, от одного из таких психотических аспектов к другому. Вероятно, структурные характеристики той или иной формы психотической организации внутри самости несут ответственность не только за известный фе-

номен «сдвига синдрома», но и за степень тяжести психопатологии, и за течение болезни.

Так как психотические структуры базируются не на нормальных расщеплениях и слияниях, а на их патологических версиях, то в непсихотических частях личности в случае внешних или внутренних конфликтов с другими невротическими или психотическими частями личности вновь и вновь возникает организмическая паника. В невротических частях самости возникает экзистенциальный страх уничтожения, достаточно им лишь на миг выйти из-под защиты, предоставляемой психотической структурой, как и в том случае, когда они полностью подчинятся психотической структуре. Психотический процесс постепенно приводит к трансформации идентичности, которая может идти разными путями: полное погружение во внутренний мир фантазий и бреда, инкапсуляция и отстраненность от внешнего мира и межличностных отношений; разрушение когнитивных и аффективных функций, а также структур психики. В результате эвакуативных проективных идентификаций возникают причудливые объекты. И наконец, через всемогущее восстановление могут возникать новые единицы, состоящие из самости и объектов. При конфронтации с реальностью в любой момент возможен возврат к психотической организации.

Структурные признаки и защитные операции

Наиболее важная и имеющая самые большие последствия особенность психотической структуры – это разделение самости на две части: психотическую и непсихотическую. Еще в топографической теории Фрейд неоднократно формулировал идею расщепления личности; к этой мысли он неоднократно возвращался во всех своих работах, все более углубляя ее, а впоследствие расщепление личности систематически исследовали Катан, Сирлз, Бион, Гротштайн и Волкан. Еще один признак психотической структуры – это стремление добиться всемогущей, т. е. отрицающей и трансформирующей реальность, (псевдо) когерентности, прибегая для этого к специфическим психотическим защитно-оборонительным операциям. При этом речь идет об активных защитных операциях Я, структурные признаки которых основаны на отвержении бессознательного и всемогущей реституции/репарации, а также на отрицании и расщеплении (Freud, 1915e, 1940a; Bion, 1962; Mentzos, 2003), а не просто о неспецифической слабости Я или неспецифическом дефекте. Если в психобиологических пороговых ситуациях (ситуациях, запускающих важные психодинамические механизмы) прежнее лабильное невротическое равновесие декомпенсируется, то самость переполняется «паникой организма» (Рао, 1979), «ощущением конца света» (Freud, 1911b), что выражает субъективное переживание

краха психической структуры. Самость соприкасается с «безымянным» страхом и внутренним отсутствием объекта. В качестве защитно-оборонительных операций можно назвать изоляцию, отвержение, фрагментацию, «расщепление», снятие энергетической нагруженности с представлений об объекте в бессознательном, а вместе с этим и его разрушение, уничтожение когнитивных, аффективных и сенсомоторных систем, прогрессирующее «нарциссическое опустошение». В результате преждевременно и внезапно нарушается стадия инфантильного всемогущества, которая необходима для защиты от вышеупомянутого страха уничтожения (Grotstein, 1983; Tustin, 1986). Вследствие таких защитных реакций появляется минусовая (или негативная) симптоматика (причем первичная негативная симптоматика может быть непосредственным выражением фрагментации структуры, а вторичная минусовая симптоматика – защитной реакцией) или психотическая восстанавливающая (зачастую продуктивная) симптоматика, например, в форме «причудливых объектов», таких как Сверх-Я или бред, и психотических объектных отношений, в которых объект и психотическая самость воспроизводят сводящие с ума («maddening» – Searles, 1965) конфликты и коллизии.

Одна из важных восстанавливающих операций – это психотическая идентификация. Это понятие Фрейд сформулировал, правда, в неявной форме еще в своей работе «Печаль и меланхолия» (Freud, 1916–1917g; см. также: Jacobson, 1971; Kernberg, 1985); посредством психотической идентификации ему удалось объяснить происшедшие в самости определенные структурные изменения. Эта идентификация применяется также, чтобы избежать соприкосновения с «безымянным» травматическим состоянием, и строится на результатах «расщепления» невыносимых, символически не репрезентированных состояний фрагментации. Психотические идентификации приводят к разделению на слившиеся только добрые единицы, состоящие из самости и объекта, и на отколовшиеся от них преследующие только злые единицы, состоящие из самости и объекта. Такого рода идеализированные и преследующие единицы – это не отделенные от самости объекты или частичные объекты. Скорее, некоторые аспекты, например, первичного материнского объекта, а также самости проецируются в объект и уже там сливаются с частями этого объекта.

Психотическая идентификация, как и любая другая форма психотической защиты, изначально обрекает самость на парадоксальность: для психического выживания идеальные единицы представляют угрозу уничтожения путем слияния («голод по объекту»), а преследующие единицы грозят уничтожением из-за разрушительной ненависти (Müller, 2003a), поэтому разрушительным оказывается не только сводящий с ума опыт отношений с первичными объектами, разрушающий за-

щиту от возбуждения на угрозу разрушительных внешних воздействий, но и сработавшая защита. Ведь при психозах защита направляется не только против любой формы зависимости от объекта, который переживается как крайне опасный и реальность которого отвергается, но и против самости и всего ее психического аппарата. Защита должна приводить к когерентности (интегрированности), но вместо этого она еще больше разрушает самость. Поэтому когерентность самости подрывается не только «паникой организма» (Рао, 1979) от соприкосновения с травмирующим объектом, но и психотической защитной структурой, которая постоянно соблазняет слиянием (голод по объектам) и угрожает переполнить самость деструктивной агрессией.

Тогда бред, конкретизм, реинсценировка травмы становятся не только защитой, но и замещением отсутствующего внутреннего доброго объекта и когерентности (интегрированности) самости, буквально выполняя функцию спасения жизни. Если переживания не могут быть символизированы, поскольку связанные с ними страх, вина, боль слишком интенсивны из-за того, что необходимые для этого «психические органы пищеварения» заблокированы или разрушены, то идентичность можно ощутить только посредством конкретного психотического симптома, реинсценировки отношений, сводящих человека с ума. Так как оберегающий объект и его функции не могут быть интернализованы, то первоначальная «функция кожи» нарушена, образуется «вторая кожа». Для нее характерно «эксцессивное использование определенных психических функций <…> с целью создания замены для защитной функции кожи, преобразование зависимости от объекта в псевдозависимость» (Bick, 1968, S. 237), а когерентности – в псевдокогерентность. При психозах психотическая структура, как такая «вторая кожа», вместо альфа-функции и бессознательного выступает как «регулятор» сенсомоторных, аффективных и когнитивных процессов. Ни опыт отношений, ни психотическое ощущение «конца света» (фрагментирование) не репрезентированы в бессознательном как неосознанное объектное представление. Этот опыт может проявляться только «задним числом» (Laplanche & Pontalis, 1967, S. 313 и далее), например, в форме психотических защитно-оборонительных операций и объектных отношений.

Другой признак психотической структуры, вытекающий из психотической защиты, – это психотически-нарциссическая автаркия, идеализированная самодостаточность (мания величия, искусственный язык, создаваемый психически больным человеком, мутизм, аутизм), отвергающая любую зависимость от объекта (Searles, 1965; Steiner, 1993), так сказать, отступление на позиции нарциссически-психотических отношений с внутренним всемогущим объектом. Розенфельд (Rosenfeld, 1971) пишет, что в случае психотического варианта деструктивного

нарциссизма всемогуще-деструктивные части самости идеализируются, а положительные, приносящие удовлетворение энергетические заряды отводятся от либидинозно заряженных частей самости и объекта.

Так как бессознательная символическая репрезентация появляется примерно в возрасте полутора лет, следует предположить, что психотическая (шизофренная, шизоаффективная, аффективная) симптоматика возникает как бы «задним числом» (по представлениям Фрейда и Лакана – Kerz-Rühling, 1991). Это означает, что тяжелые травмы, пережитые в довербальный период, приобретают значение и смысл только после овладения языком и символизацией и именно благодаря этому. Ведь только в возрасте примерно полутора лет ребенок начинает воспринимать полную отделенность и инакость самости и объекта; все это – ощущения, восприятия и опыт – хотя и было накоплено за предшествующее время (Ogden, 1989), но только сейчас («задним числом») может быть символизировано, т. е. психически проработано с помощью и посредством процесса приписывания значения (Eickhoff, 2000).

Психотические объекты

Наконец, следует привести последний вариант развития: психотические внутренние объекты. Разные авторы вслед за Фрейдом (Freud, 1916–1917g) и Бионом (Bion, 1962) пытались концептуально обобщить происхождение, динамику и структуру этих объектов, процесс и функцию образования интроектов. В литературе отмечается единство взглядов относительно того, что решающую роль в психозах играют подавляющие развитие процессы интроекции, образования злых интроектов, переживаемых с чувством зависти. Консенсус обнаруживается и относительно того, что под интроектом понимаются интернализованные объектные отношения. В связи с вопросом о происхождении, динамике и структуре психотических интроектов большое значение имеют способности объекта к контейнированию и поддержке (холдингу), а также способность младенца пользоваться ими. Разногласия возникают скорее по вопросу об образовании интроектов с точки зрения этиопатогенеза, а именно насколько образование интроектов могло стать результатом взаимодействия патологии первичных объектов с предрасположенностью младенца. Эти разногласия показывают, что представления об образовании интроектов и этиопатогенезе зависят от теоретической концепции развития психических структур.

Особенно важным внутренним психотическим объектом является «саморазрушительное Сверх-Я» (O'Shaugnessy, 1999). Бион пишет в этой связи, что из-за неудавшихся отношений контейнер – контейнируемое возникает внутренний объект, разрушающий значения и понимание. Самость «ведет себя так, как будто ощущает внутри себя внутренний

объект, который <…> отбирает добрые качества у всего, что ребенок получает или отдает, так что остаются только изуродованные объекты. Такой внутренний объект изолирует своего носителя от любого понимания, которое ему предлагается» (Bion, 1962, S. 14). Речь идет об интериоризации намеренно искажающего понимание объекта, точнее, интроецируется объектное отношение, при котором намеренно искажающий понимание, разрушающий значения объект связан с такой самостью, в которой страх смерти постоянно вызывает сильнейшую проективную идентификацию, в результате чего она утрачивает свой коммуникативный характер, способствующий развитию, и превращается в психотическую проективную идентификацию, что приводит к конкретизму и эвакуации (т. е. к потере психических функций, частей самости, психическому опустошению, истощению самости).

Деструктивное Сверх-Я ответственно и за описанное Розенфельдом (Rosenfeld, 1964) смешение либидинозных и агрессивных импульсов, а также за поддержание патологических механизмов расщепления и расстройства мышления (O'Shaugnessy, 1992, 1999). Сильнейшая растерянность связана с исходящим от Сверх-Я смешением любви и слияния; психотические пациенты регулярно связывают либидинозные энергетические заряды, позитивные аффекты, а также благодарность или симпатию с желанием слиться, а это ставит особо серьезные ограничения для психического развития. Психотическое Сверх-Я также приводит в замешательство непсихотическую самость, например путая витальную агрессивность (самосохранение) с разрушительной психотической деструктивностью. Часто после споров и конфликтов у пациентов бывают акустические галлюцинации (преследующие, командующие голоса), т. е. эти конфликты приводят к значительному усилению психотического Сверх-Я. Поэтому пациенты пытаются отключить любые чувства, формируя негативную симптоматику, впадая в депрессивный ступор или проявляя психотическо-ипохондрические симптомы. А если такие пациенты пытаются защищаться от голосов или Сверх-Я, то их растерянность и чувство вины только усиливаются. Психотическое Сверх-Я преследует их не виной, а террором и нивелированием личности (De Masi, 1997; Müller, 2004b). Части самости идентифицируются с объектом, который хотя и принимает проективные идентификации, но не для того, чтобы «переваривать» их и постепенно придавать им значение, а чтобы разрушить их и довести до состояния, лишенного значения (Ogden, 1982). В идентификации с таким интроектом возникает «плохая самость», которая постоянно уничтожает значения и мешает учиться на опыте. Психотическое Сверх-Я трудно устранить, так как оно приобретает характер и функции заместительного объекта, тем самым служа (псевдо) когерентности самости. Таким образом, психотическое Сверх-Я имеет псевдопрогрессивный характер; то же

самое относится и к психотической симптоматике. Восстановливающее движение целиком увязано с сохранением идентичности самости, и чаще всего это восстановление – как в случае описанной Фрейдом мании величия, так и в случае ипохондрии – бывает психотической попыткой установления контакта с объектами и внешней реальностью, психотической попыткой достичь триангуляции.

Семейная динамика

В исследованиях семей, членом которых был больной шизофренией, обнаружилось, что нарушенные процессы в том виде, как мы их только что описали (как интрапсихические бессознательные процессы, происходящие в личности шизофреников), идут и внутри семьи во взаимоотношениях отдельных ее членов. При этом именно особые патологические формы мышления, чувств и действий, если они направляются на зависимого ребенка, вторично патологизируют его, т. е. приводят к болезни. В связи с нашей темой это может означать только одно: сделать его сумасшедшим или «сдвинуть» его с нормальной позиции. Здесь уместны слова Гамлета: «Хоть это и безумие, в нем есть свой метод».

Такой метод – это метод двойного послания (или двойной связи, двойного принуждения, *англ.* double-bind), открытый специалистами по вопросам коммуникации из группы Пало Альто во главе с Бейтсоном и описывающий специфическую ловушку во взаимоотношениях. Например, ребенок попадает в такую ловушку, когда из-за противоречивых посланий значимых лиц он уже не может отличить, что истинно, а что ложно.

Трагическим следствием этого является то, что ребенок, зависящий от благосклонности взрослых, приходит к выводу, что именно он неправильно оценивает ситуацию. Аналогичное воздействие оказывают мистифицирующие послания; это такие послания, которые не передают того, что происходит на самом деле. Понятие мистификации означает, что фактически существующие отношения и обстоятельства называются так, что это не соответствует действительности, или описываются многозначно, так что получатель послания приходит в замешательство и не знает, что делать. В одном из примеров, приводимых Лэйнгом (Laing, 1969, S. 283), дочь злится на мать.

Мать: Я не обижаюсь, что ты так разговариваешь со мной. Я ведь знаю, что на самом деле ты так не думаешь.

Дочь: Но я думаю именно так.

Мать: Нет, доченька, я знаю, что ты так не думаешь, ты просто не сможешь справиться сама.

Дочь: Я прекрасно могу справиться сама.

Мать: Дорогуша, я знаю, ты не можешь, ведь ты больна. Если бы я хоть на мгновенье забыла о том, что ты болеешь, я бы просто рассвирепела.

Здесь мать заведомо лучше знает, как чувствует себя ее дочь. Хотя дочь пока и защищается, но рано или поздно под давлением постоянно повторяющихся и все новых утверждений матери она потеряет уверенность и примет взгляды матери ради сохранения мира в семье. В любом случае, вера другого человека в надежность своих чувств и восприятий систематически подрывается.

10.5. Психотическая депрессия

Люди, имеющие психотические депрессивные расстройства, страдают также от нарушений настроения и повышенной аффективности. Они находятся во власти ощущений пустоты и бессмысленности, телесной и душевной апатии, неполноценности и неуверенности, у них исчезает либидо. К этому зачастую добавляются функциональные и психосоматические симптомы, а также аффективные и когнитивные блокады, переживаемые как физические заболевания. Симтомы могут проявляться в подавленно-депрессивной или ажитированной (беспокойно-возбужденной) форме. Нарушения затрагивают чувство реальности, восприятие реальности и тестирование реальности и могут сопровождаться бредом вины, греховности или обнищания. А на маниакальных стадиях (при униполярных или биполярных аффективных психозах), наоборот, доминирует не соответствующее реальности приподнятое настроение, неконтролируемое возбуждение, подъем и оживление, сильное либидо. Наблюдается также утрата социальных барьеров, болтливость, уменьшение потребности во сне, а также повышенная отвлекаемость; иногда эти стадии могут сопровождаться психотической манией величия, расстройствами восприятия и скачкой идей, вплоть до полного замешательства. Параноидальные бредовые представления могут проявляться при депрессивных и маниакальных психозах. Странно, но при многих типах аффективных психозов такие бредовые представления не формируются (Goodwin & Jamison, 1990; Helmchen et al., 2000).

В плане дифференциальной диагностики нужно уметь разграничивать аффективные психозы, органический ступор, кататоническую шизофрению, а также постшизофренические депрессии, состояния ступора при диссоциативных расстройствах, невротическую депрессию, депрессивно-мазохистские расстройства личности, а также тяжелые депрессивные стадии при нарциссических и пограничных рас-

стройствах личности и циклотимии. Дифференциальная диагностика шизоаффективного психоза и начинающейся шизофрении с манией величия часто бывает крайне затруднена (Marneros, 1989; Frosch, 1990).

Важнейшие структурные и динамические характеристики людей, страдающих психотической депрессией, – это крайняя нарциссическая уязвимость, чрезвычайно лабильный энергетический заряд идеального объекта, а также значительное рассогласование между образами реальной и идеальной самости и образами объектов (Benedetti, 1983; Böker, 2000; Mentzos, 1995, 2003). Люди, предрасположенные к психотической депрессии, живут в постоянном страхе перед внутренними и внешними опасностями, особенно перед потерей положительного, наполненного любовью отношения к идеальному объекту, а также перед потерей его высокой важности и ценности. По этой причине люди, страдающие психотической депрессией, ощущают свою экзистенциальную зависимость от нарциссического идеального объекта. В психодинамически значимых пусковых ситуациях интрапсихически переживается потеря идеального объекта (реальная или фантазируемая: нарциссические конфликты или обиды, разлуки, потери), что таким людям представляется травматической ситуацией катастрофических масштабов. Ощущаемая при этом душевная боль оказывается невыносимой для психотических пациентов, потому что у них из-за неудавшейся первичной идентификации с функцией контейнирования и холдинга первичных объектов любви (Бион, Винникотт) отсутствует внутреннее пространство для проработки этих аффектов. Преследующие психотических пациентов чувства вины, неполноценности и страха потерь буквально подавляют их. Именно потому, что психическая боль «не может быть понята и появляется на границе между физическим и психическим… при неустойчивом психическом балансе и развитии вплоть до депрессивной позиции» (Joseph, 1981, S. 98 и далее) в отношениях с объектами, она невыносима для психотического пациента.

В регрессивном, защитно-оборонительном движении вновь аффективно нагружаются инфантильные места фиксации, травматически пережитые и патологически проработанные в процессе развития в период второй подфазы индивидуации/сепарации. Из-за этого возрождаются сильнейшие страхи полной потери идеального объекта, который вселяет уверенность, дает ощущение ценности и удовлетворенности. В силу нарциссического (в данном случае обеспечивающего существование и удовлетворяющего) характера таких отношений с ними связаны страхи уничтожения и потери самости (Freedman, 1986). Активируются психотические механизмы расщепления, а также интроекции и проекции, играющие центральную роль в защите от этих страхов. Один из важных механизмов психотической депрессии – двойная интроекция (Jacobson, 1971). При этом репрезентанты самости и объек-

тов расщепляются на идеальные, садистские, обесцененные и зависимые имаго. Обесцененные репрезентанты объектов интроецируются в систему Я, идеальные репрезентанты объектов – в систему Я-идеалов, а садистские – в систему Сверх-Я. Идеализированные репрезентанты самости или остаются в системе Я-идеала, или, подобно агрессивно энергетически заряженным репрезентантам самости системы Сверх-Я, проецируются на внешние объекты. В результате возникают смешанные репрезентанты самости и объектов. Хотя, в отличие от шизофренных психозов, при психотической депрессии границы между психическими системами и сохраняются, эти процессы приводят к потере тестирования реальности. Типичная для аффективных психозов эмоциональная неустойчивость возникает из-за аффективной защиты, участвующей во всех этих процессах. Прежде всего, при биполярных психозах, в рамках маниакальных или депрессивных объектных отношений, мобилизуются полярно противоположные аффективные состояния Я, чтобы поддержать защитные движения и тем самым усилить Я. Радикальное отвержение аффектов, характерное для монополярных депрессивных психозов (клинически проявляющихся ощущениями небытия и пустоты), также следует отнести к специфической защите от аффектов.

Клинические и теоретические исследования (Benedetti, 1983; Mentzos, 1995; Kutter & Müller, 1999; Böker, 2000) позволили выделить несколько разновидностей психотической депрессии. Динамически и структурно их можно дифференцировать в зависимости от вида вложения энергии и от бессознательного значения интроецированного идеального объекта (идеализированного, симбиотического, садистского), а также в зависимости от того, на каком бессознательном содержании концентрируется фантазия о собственной виновности (вина из-за неполноценности, расставания или ненависти). Как правило, встречаются сочетания следующих трех видов психотической депрессии: нарциссически-психотическая депрессия с нарушением цикла нарциссической регуляции между самостью, идеальной самостью и идеальным объектом; симбиотически-психотическая депрессия с расстройствами регуляции между самостью и идеальным объектом; психотическая депрессия, обусловленная воздействием Сверх-Я, с нарушениями регуляции между Я и Сверх-Я, а также агрессивными импульсами.

10.6. Мания

Психодинамика

Мания – это гениальное отрицание всего того, что приводит к депрессии. В центре ее – возрождение всех сфер, в которых мы чувствуем себя

замечательными и всемогущими. В этом отношении такая всеобъемлющая защита от депрессии в мании полностью соответствует защите при нарциссических расстройствах личности. Если рассматривать манию со стороны удобной и практичной структурной модели, то оказывается, что Сверх-Я, образно говоря, оказалось побежденным Я. Я возвышается над Сверх-Я и растягивает удовольствие от своего триумфа как можно дольше.

Но все это в целом всего лишь грандиозная иллюзия (отрицание), так как действительное положение дел совсем другое. Рано или поздно истинные соотношения сил вновь приводят Сверх-Я к победе, а Я – к поражению. Как говорится, после бурных возлияний наступает похмелье.

Левин (Lewin, 1961) объясняет энтузиазм и приподнятое настроение маниакального человека следующим: страдающий манией верит, что наконец-то исполнилось то, чего он так давно и страстно желал. Но энтузиазм в мании, как и исполнение желаний в сновидениях, ненастоящий и обманчивый. Он приобретается ценой заблуждения относительно действительного положения дел. Маниакальный человек путает реальность с мечтой. Он как бы пребывает в бреду самообмана, в реальной жизни дает волю своей мечте, заставляя других играть роли, отведенные им в его мечте. Если люди принимают их, это, конечно, еще больше укрепляет маниакального человека в его вере в свою мечту. Но рано или поздно мечта все равно столкнется с реальностью. Тогда неизбежно наступит депрессия.

Важнейший структурный признак мании – маниакальная величественная самость. Она образуется от слияния и смешения трех видов репрезентантов: идеальной самости, идеальных объектов и реальной самости. Ее основная функция (по природе своей защитно-оборонительная) – экзистенциальная защита от психотической депрессии. Преследующее депрессивно-психотическое Сверх-Я лишается своей власти. В отличие от нарциссической величественной самости, здесь за счет процессов слияния (проективные и интроективные идентификации, полная психотическая идентификация) устраняются границы между самостью и объектом. Нарциссическая величественная самость должна устранить инакость, а маниакальная величественная самость – разделенность самости и объекта. Аффекты утрачивают свою регуляторную функцию и свой сигнальный характер. Другие важные функции защиты – это отрицание и обесценивание, а также маниакальный триумф, всемогущий контроль над объектами и маниакальное возмещение ущерба, нанесенного объекту разрушительными фантазиями. А так как нет объекта, по которому можно было бы скорбеть, последнее сводится к унижающей объект инверсии отношений зависимости. В психогенетическом плане происходят фиксации на второй подфазе, по Малер, а психодинамически важные пусковые ситуации схожи с пусковыми ситуациями при психотической депрессии.

VIII. Психоанализ как диагностический метод

В случае сомнения не спешить, а внимательно слушать.

Микаэл Балинт. Врач, его пациент и болезнь

1. Психоаналитическая беседа

Важнейшим диагностическим методом является беседа, диалог. Цель беседы – поставить диагноз. В этом смысле мы говорим о диагностической беседе.

Диагностика – это всегда исследование, хотя одновременно она может быть и лечением. Место, цель и метод беседы должны быть заранее ясны. Есть разница между тем, проводится ли эта беседа в помещении, где аналитик занимается частной практикой с обратившимися к нему за помощью пациентами, или в некоем научно-исследовательском учреждении. Но в любом случае пациент всегда должен точно знать, о чем идет речь. Отсюда следует, что внешние рамки и внутренняя последовательность разговора определяются его целью.

Так, например, есть большая разница между ситуациями, когда к психотерапевту обращается пациент, находящийся в затруднительном положении и нуждающийся в помощи, или же когда интервьюер проводит беседы, чтобы получить ответы на интересующий его научный вопрос. В первом случае пациент использует терапевта как помощника, во втором же человек нужен интервьюеру как подопытное лицо, и тогда его, по логике вещей, называют не пациентом и не клиентом, а испытуемым. Беседа может проводиться в форме стандартизованного интервью: задаются разные вопросы, в том числе допускающие только ответы «да» или «нет», или свободную форму ответов (открытые вопросы), или ответы с возможностью выбора из нескольких альтернатив (множественный выбор). Полустандартизованное интервью частично состоит из заранее сформулированных вопросов, а частично – из беседы в произвольной форме. В нестандартизованном, или свободном,

интервью вопросов не задают; развитие беседы здесь зависит от поведения обоих ее участников. Как мы увидим далее, интервьюер должен в основном держаться сдержанно, чтобы дать возможность своему визави, ищущему совета или помощи, самому строить разговор.

В ходе разговора должны быть затронуты объективные данные (такие, как место и дата рождения, профессия отца, потеря значимого лица в определенном возрасте и т. д.), а также субъективная информация (например, когда пациент рассказывает о том, что он чувствовал подавление со стороны отца или предательство со стороны матери, о том, как он воспринимал старшего брата, как он оценивает свои отношения с женой и т. д.). Еще более важна информация, которую психоаналитик получает, наблюдая за стилем поведения пациента, и те выводы, к которым он приходит на основе этой информации.

2. Психоналитическое интервью

2.1. Метод и условия

С психоаналитического «интервью» начинается любое психоаналитическое лечение. Слово интервью означает опрос, например, такой, с которым мы знакомы по опросам публичных людей на радио и телевидении. В этих интервью задаются вопросы и даются ответы. А вот в психоаналитическом «интервью» задают вопросы и отвечают на них не так часто. Поэтому здесь мы и взяли слово «интервью» в кавычки. Психоаналитичность его состоит в том, что в нем психоаналитический метод применяется по-особому.

Психоаналитический исследовательский и лечебный метод был внедрен Фрейдом в форме классического психоанализа с целью лечения людей, страдающих психическими расстройствами (см. главу IX).

При проведении психоаналитического «интервью» речь идет исключительно о постановке диагноза. Психоаналитик здесь мыслит диагностическими категориями. Он держит в голове психоаналитическую теорию личности и учение о болезнях и размышляет о том, какая психодинамика может скрываться за определенной симптоматикой.

Но одновременно при встрече с пациентом психоаналитик забывает все теории и принимает сидящего перед ним человека как можно более непредвзято. Этот парадокс типичен для психоаналитического подхода. Хотя психоаналитик и использует психоаналитические знания, но нередко он их игнорирует. Ведь если теория применяется слишком рано или ее влияние слишком сильно, есть опасность слишком быст-

ро отнести сидящего напротив нас пациента к какой-либо диагностической категории, как бы навесив ему ярлык, например: «типичный случай невроза навязчивых состояний». Это представляло бы серьезную опасность потери непосредственности общения и понимания уникальности индивида. Однако, с другой стороны, при недостатке знаний есть опасность, что психоаналитик не заметит определенного расстройства пациента. Таким образом, во избежание обеих этих опасностей, психоаналитик должен иметь возможность попеременно переходить от одной установки к другой.

Вначале психоаналитик настраивается на пациента без каких-либо предварительных теоретических гипотез, как на человека, с которым он очень хотел бы познакомиться, на человека, который его интересует. Уже одна такая внутренняя установка позволяет ему очень много узнать о другом человеке. Но еще больше психоаналитик узнает, если постарается вникнуть в сущность другого человека, прочувствовать то, что тот рассказывает, проникнуться его чувствами. Так психоаналитик «вчувствуется» в другого человека, переживая, думая и ощущая то же, что и его собеседник.

Психоаналитик пытается воспринимать своего визави как можно более непредвзято. Он реагирует на все, что предлагает другой человек, прежде всего на его чувства, аффекты или эмоции. Например, психоаналитик реагирует раздражением на презрительно-пренебрежительное поведение пациента; легкой яростью – на слишком нахальное поведение; страхом, что пациент полностью «возьмет его в оборот», когда пациент пытается узнать о нем все, когда «ненасытному» пациенту всего мало. Другим видом страха (обесцениванием) психоаналитик реагирует на прямые или косвенные нападки на него со стороны пациента.

Поспешим добавить, что здесь речь идет о чувствах, которые, по выражению Микаэла Балинта и Энид Балинт (Balint & Balint, 1961), прекрасно поддаются контролю и помогают выявить, в какой именно паттерн взаимоотношений пациент пытается втянуть нас. В этом отношении собственные чувства психоаналитика, при условии, что он основательно изучил их в период своего обучения, являются прекрасными инструментами для диагностики нарушений отношений. Их использование позволяет получить информацию, которую невозможно добыть никакими другими средствами, особенно когда это касается данных очень личного, частного и интимного характера.

Правда, чтобы получить их, необходимо соблюдение определенных условий:

1) интервьюер должен поставить пациента в такие четкие «рамки», в которых тот сможет чувствовать себя уверенно. Интервьюер должен создать атмосферу, в которой пациент сможет доверять ему,

что, в свою очередь, предполагает, что психоаналитик принимает пациента или пациентку такими, какие они есть.

Если психоаналитик, со своей стороны, выполнил эти условия, то

2) пациент, со своей стороны, может освоиться в этой ситуации, вступить в беседу с интервьюером, тем самым обеспечивая ее успех, причем пациент говорит, а аналитик сосредоточивается исключительно на слушании. При этом речь идет об активном слушании с применением разнообразных техник, в котором мы, по Аргеландеру (Argelander, 1970), различаем три уровня.

2.2. Три уровня

1) Уровень объективной информации объединяет в одну логическую цепочку причину и ее следствие, например, начало депрессии (следствие) после потери значимого лица (причина).
2) На уровне субъективной информации доминирует психологическая очевидность, например, смутное чувство печали вдруг становится понятным как отголосок от потери значимого человека.
3) На уровне ситуативной информации пациент открывается аналитику, втягивая его в совершенно определенное сценическое действие, в котором он (пациент), например, как ребенок просит о помощи, обращается с психоаналитиком свысока или хочет спровоцировать его на какие-то совершенно определенные поступки по отношению к себе. В конкретной ситуации обоим ее участникам становится очевиден характер этих отношений, наступает понимание, что один бессознательно делает с другим или что другой позволяет делать с собой. Для помощи интервьюеру с успехом может применяться хорошо зарекомендовавшая себя схема, приводимая далее (таблица 3).

2.3. Показательный случай из практики

Протокол первичного интервью с 31-летней лаборанткой. Работала в медицинском учреждении. Замужем, детей нет.

Начало встречи: У интервьюера создается первое впечатление, что перед ним молодая неопытная женщина. После того как они сели, интервьюер заметил, что пациентка носит на правой руке кольцо.

Внешний вид: Среднего роста, молодо выглядящая женщина, с голубыми глазами и коротко стриженными белокурыми волосами.

Таблица 3
Схема первичного интервью
(по Balint & Balint, 1961; модифицировано)

А. Как пациент попадает к психоаналитику?

1. Кем он направлен и почему?
2. Как лечился до сих пор и с каким успехом?
3. Отношение пациента к проводившемуся до сих пор лечению и к терапевтам?
   а) без понимания?
   б) с пониманием?
4. Пришел главным образом по собственной инициативе?

Б. Общее впечатление

В. Высказанные жалобы

1. Жалобы в данный момент
2. Жалобы в анамнезе
3. Собственная теория пациента о причинах его заболевания
4. Ситуация, вызвавшая заболевание/расстройство (предположение интервьюера)
5. Эмоциональное отношение пациента к своим недугам
6. Интенсивность страдания
7. Вторичная выгода от болезни

Г. Биографические данные

Д. Ситуация на данный момент

1. Какое представление у пациента о себе самом?
2. Какое представление у пациента о значимых других?
3. Представление о будущем?

Е. Как развиваются отношения между пациентом и аналитиком?

1. Перенос: как пациент обращается с психотерапевтом?
2. Контрперенос: как психотерапевт обращается с пациентом?

Ж. Важные моменты в интервью

1. Когда были отмечены проявления эмоций (ожидаемые или неожиданные)?

2. Как пациент ориентируется в ситуации интервью?
3. Соотношение инсайта и защиты, проявление симптомов в интервью?
4. Важные замечания пациента
5. Интерпретации интервьюера и реакции пациента

З. Результаты и оценка

1. Стабильные объектные отношения?
2. Функциональные способности Я (степень ограничения Я)
3. Эмоциональная дифференцируемость
4. Интеллект
5. Способность к инсайту
6. Иллюзии, связанные с терапией

И. Диагноз: предполагаемое значение расстройства, выраженное в психодинамических терминах

К. Какой вид терапии подойдет?

1. Краткосрочная терапия, с обоснованием
2. Возможные противопоказания
3. Психоанализ, с обоснованием
4. Возможные противопоказания
5. Отказ от любой формы психотерапии, обоснование
6. Какие возможны другие формы лечения?

Л. Фактически предложенное лечение

М. Ограниченная цель лечения (фокусная терапия) в случае краткосрочной терапии

Н. Прогноз?

Ход интервью: Интервьюер извиняется за небольшое опоздание и выражает готовность выслушать пациентку.

«Вы хотите, чтобы я вам что-то рассказала?» – «Да». Вначале пациентка сообщает, что в феврале ей стало ясно, что с ней что-то не в порядке. Делая покупки, она что-то взяла не оплатив, украла; у нее была какая-то навязчивая потребность сделать это и она считает, что так дальше продолжаться не может. Она позвонила сюда (в поликлинику), и ей посоветовали обратиться в консультационный пункт, куда

она и отправилась. В результате бесед, состоявшихся там, ей стало ясно, что ее проблемы гораздо глубже, почему она и пришла сюда снова на прием.

(Интервьюер чувствует потребность узнать еще подробности о воровстве и о полученной консультации, однако откладывает эти вопросы, чтобы дать пациентке возможность развить свою мысль, что она и делает без дальнешего напоминания – это придает интервью ощущение легкости.)

Пациентка продолжает: в последнее время она много размышляла. По ее словам, у нее сложилось впечатление, что все дело в страхе. Но за это время, она, как ей кажется, уже немного справилась с ним. И хотя страхи какие-то весьма неопределенные, она считает, что с ними все-таки можно справиться.

Интервьюер: «Вы в этом уверены?»

Да, поразмыслив, она четко поняла: в тот момент, когда она была зачата, ее появление на свет не входило ни в планы отца, ни в планы матери. Ее отец тогда второй раз собирался защитить диссертацию (он был врачом), в итоге он этого так и не сделал. В конце концов, ее появление все-таки приняли (у нее есть брат, старше ее на два года), но можно сказать, что на момент рождения она была нежеланным ребенком.

(У интервьюера складывается впечатление, что этот рассказ немного «притянут за волосы», но пациентка, воодушевившись, тут же продолжает.)

По ее словам, мать рассказывала ей, что в войну во время ночных авианалетов она пряталась в подвале, в котором, по-видимому, собирались одни и те же люди; там она как-то разговорилась с соседом. Он будто бы сказал матери, что если ей как-нибудь придется поспешно бежать в подвал, она, скорее всего, сможет взять с собой и спасти только одного из двух детей. Мать также говорила ей, что в таком экстренном случае она взяла бы с собой брата. По словам пациентки, мать рассказывала ей об этом много раз. «Как она могла!» (Пациентка начинает проявлять все более сильные аффекты, и в конце концов ее глаза наполняются слезами. На интервьюера эта сцена производит сильное впечатление, он может понять чувства пациентки, но все-таки удивляется, что пациентка, рассказывая об этом наверняка не в первый раз, испытывает такие сильные эмоции и волнение.)

Затем пациентка сообщает, что в детстве она часто видела кошмарные сны, в которых к ней приближалось что-то угрожающее. Она часто просыпалась, а когда снова засыпала, повторялось то же самое: ей опять снился сон, и она пугалась.

Интервьюер спрашивает, снились ли ей эти сны (хронологически) до рассказов матери о бомбежке, что, как и следовало ожидать, подтверждается.

Затем интервьюер сообщает пациентке, что он лишь бегло ознакомился с заполненным ею опросником и что ему показалось, что она удивительно молодо выглядит. Интервьюер продолжает, что в этом опроснике он прочитал, что причина ее обращения за консультацией – мучающие ее страхи. При этом он подумал, что она испытывает страх *сейчас*, она же рассказывает о страхах, пережитых в далеком прошлом.

Тогда пациентка заговаривает и об этом. Она сообщает о недавнем событии.

Как-то воскресным утром (это было незадолго до приема) она встала, когда муж еще спал, и зашла в гостиную. Там она испытала безумный страх, причину которого она понять не смогла, и подумала, что это было ужасно глупо. По ее признанию, мужу она так и не смогла рассказать об этом. Потом она задумалась, что же за страх это был, и пришла к выводу, что это был страх смерти. Ведь можно погибнуть в автокатастрофе. Она ужаснулась, представив, что после аварии муж выживет, а она примет мученическую смерть.

Интервьюер предлагает сравнить эту воображаемую сцену с рассказом матери о том, как та повела бы себя во время ночных бомбежек; там она тоже оказалась бы, так сказать, в роли мученицы, в то время как ее брат выжил бы и, возможно, стал бы испытывать чувство вины.

Пациентка задумывается и мысленно анализирует слова аналитика, затем отмечает, что тем самым интервьюер сравнил ее мужа с братом. Она возразила, что ее брат ведь не был виноват в этом. Но ведь и в случае с аварией она исходила из того, что ее муж тоже не был бы ни в чем виноват.

Интервьюер: он не хотел доводить это сравнение до крайности, но считает, что в смысле невиновности муж и брат действительно равны.

Пациентка еще раз соглашается с этим и прибавляет, что ее муж наверняка все-таки испытывал бы угрызения совести, ведь, сидя за рулем, он, может быть, и мог бы отреагировать по-другому, а вот брат непременно оказался бы более «толстокожим».

Интервьюер просит пациентку подробнее рассказать о воровстве. Она соглашается и говорит, что в первый раз это произошло в октябре. Ее до сих пор так и не поймали. Странно, но в первый раз она заметила, что украла что-то, лишь когда эта вещь оказалась в ее сумке. Конечно, она могла бы положить ее обратно, но не захотела; ведь, в конце концов, все же закончилось так хорошо. С тех пор она не раз умышленно что-то «прихватывала» из магазина. На вопрос интервьюера, что же она брала, пациентка отвечает, что чаще всего выбирала себе что-нибудь вкусненькое, особенно свежезамороженные продукты, ведь они, по ее мнению, довольно дорогие; часто это были лангусты, другие морепродукты или рыба.

Эти слова пациентки наводят интервьюера на мысль, что она, видимо, родом с побережья на севере Германии; правда, позднее становится ясно, что, скорее всего, он еще раньше прочитал название городка на Северном море в графе «Место рождения» в ее анкете. Да и по произношению пациентки (она говорила на верхненемецком диалекте) тоже можно было догадаться о том, что родом она с севера Германии.

Интервьюер спрашивает, не воровала ли она когда-нибудь еще раньше.

Сначала пациентка отвечает отрицательно, однако потом вспоминает, что в детстве крала деньги у матери. Она считала несправедливым, что мать всегда давала брату на две марки больше. Как-то раз она похитила у подруги красный кошелек. Вскоре ее родные догадались, что, должно быть, именно она его украла, и ей пришлось вернуть кошелек. Однако не хватало двух марок, и только тогда она поняла, что их, в свою очередь, украл ее брат.

Далее пациентка отметила, что брату жилось ненамного лучше, чем ей. Их обоих били. Мать, всегда называвшая отца алкоголиком, что на самом деле не соответствовало действительности, уже не любила мужа к моменту зачатия дочери. В то время мать нашла общий язык с другим мужчиной, который потом стал крестным пациентки. Мать всегда брала ее с собой, когда встречалась с ним. Тогда девочке приходилось играть с дочерью крестного, которая была старше ее на два месяца. Крестный больше ценил мальчиков, но все-таки заботился и о ней, и ей разрешалось сидеть у него на коленях.

(Интервьюер задается вопросом, не было ли у пациентки фантазии о том, что у нее два отца.)

Крестный жил в загородном доме. Как-то по дороге туда (с крестным?) мать получила сильную травму. Потом крестный осведомился у отца пациентки, не согласится ли тот развестись, чтобы он мог жениться на матери, но отец ответил отказом. Потом мать постепенно перестала встречаться с крестным. В этом она была последовательной. Мать часто приходила к дочери в надежде найти у нее поддержку, когда была в ссоре с отцом. При этом и самой пациентке приходилось несладко, ведь она сама не получила от матери столь необходимого ей внимания. До сих пор она плохо переносит случаи отвержения. Она говорит, что если спрашивает мужа о чем-то, а тот продолжает как ни в чем не бывало читать свою газету вместо того, чтобы уделить ей внимание, она очень обижается, даже когда прекрасно понимает реакцию своего мужа.

Пациентка припоминает также следующий эпизод (правда, позже, при занесении записей интервью в протокол, не удалось точно припомнить, когда именно это случилось).

Недавно в книжном магазине произошло следующее. Она хотела купить для себя две книги, что и сделала. Ей попалась на глаза третья книга, показавшаяся ей интересной. Но она не хотела платить за эту книгу и решила прихватить ее «просто так». Однако у нее не было подходящей по размеру сумки. Тогда она нашла следующий выход из положения: не сходя с места быстренько просмотрела эту книгу по диагонали и только тогда смогла оставить ее в магазине.

Интервьюер: «Но вам удалось-таки „поглотить“ содержание книги». Пациентка соглашается.

Затем она рассказывает о муже. Она считает, что они просто нашли друг друга, как будто иначе и быть не могло. Как-то на одной вечеринке (тогда она еще была школьницей, а он – студентом) он стоял в группе молодых людей, в то время как она скучала, ведя какую-то нудную беседу. Тут он пригласил ее танцевать, и это ей очень понравилось. Прошел год. Некоторое время она больше ничего о нем не слышала, пока однажды он не позвонил. Позже именно в этот день и месяц они поженились. Все это произошло довольно быстро. Она утверждает, что знала, что будет с ним счастлива.

На вопрос интервьюера, действительно ли это принесло ей счастье, она отвечает утвердительно, что кажется вполне вероятным.

Правда, отец огорчился, когда она сообщила родителям о своем намерении выйти замуж. Отец выразился примерно так: учти, что тебе придется отказаться от привычного уровня жизни. Хотя она и выросла в довольно обеспеченной семье, но ответила, что была даже рада покинуть ее.

Пациентка переходит к теме своей бездетности. Она состоит в браке уже семь лет. У нее было два выкидыша на поздних сроках. Сейчас менструации стали нерегулярными. Судя по температурному методу, овуляция больше не наступает. Гинеколог, у которого она наблюдается, сказал, что, видимо, здесь сказываются и психические факторы. Разволновавшись, пациентка делится своими мыслями об усыновлении ребенка. Она говорит, что не может этого сделать и боится, что не сможет построить с этим ребенком хороших отношений, так как он, скорее всего, такой же нежеланный, как и она, если только не полный сирота. Она боится этого; точно так же она боится нового выкидыша и рождения ребенка с какими-нибудь уродствами. Затем пациентка добавляет: «Конечно, всем женщинам приходится испытывать такой страх вплоть до родов».

Интервьюер: «Как относится к этому ваш муж?»

Пациентка отвечает, что он тоже хотел бы ребенка от нее. Если бы у нее был ребенок, ей не пришлось бы мучиться со всеми этими проблемами.

Интервьюер: «Но ведь вы обратились сюда по поводу воровства».

Пациентка: да, это так. Но бездетность – это для нее большая проблема.

Интервьюер сообщает пациентке, что, услышав ее рассказ о том, как она воровала рыбу, он подумал, что она родом с морского побережья, что и подтвердилось в ее дальнейших высказываниях.

Пациентка сообщает, что она действительно очень любит рыбу. Она готова есть рыбу каждый день. Сначала ей было довольно трудно здесь, в городке С., но теперь у них образовался свой круг знакомых. Они с мужем – довольно общительные люди, легко сходятся с другими людьми. И ведь это совсем неплохо, что они иногда выбираются из дома. Но к ним приходит мать, ища поддержки, что ей (пациентке) совсем не нравится.

В заключительной части интервью пациентка говорит, что в конце концов она-таки рассказала мужу про свое воровство. Ее несколько разочаровала его реакция; он сказал, что ей надо взять себя в руки. Теперь он просто каждый день спрашивает ее, воровала ли она снова. Ей же хочется поговорить с ним. Причем бывает, что он утверждает, что они уже говорили об этом накануне. Но для нее эта тема еще совсем не закрыта. Теперь, когда она обратилась в психоаналитический консультационный пункт, муж приревновал ее к психоаналитику.

На вопрос интервьюера, откуда она знает, что в консультации она имела дело именно с психоаналитиком, пациентка ответила, что это ее предположение. По ее словам, она пять раз была там; ее похвалили за то, что она старалась проработать свои проблемы. А над ревностью ее мужа терапевт просто посмеялся. В ответ на это она ему показала, где раки зимуют. Она попала в самую точку, тут он дал маху, с чем потом и согласился. Он признал, что так себя вести нельзя.

Интервьюер спрашивает, знает ли ее муж, что она здесь, на что пациентка отвечает утвердительно. На предположение интервьюера, что муж, может быть, опять злится, пациентка отвечает, что он толком не понимает всей этой ситуации.

Пациентка еще раз возвращается к консультации и говорит, что хочет, чтобы ее речь прерывали и чтобы ее критиковали.

Интервьюер указывает на то, что он несколько раз останавливал и перебивал ее (пациентка действительно делала мало пауз, в которые можно было вставить реплику, так что местами в данном отчете кажется, что своими высказываниями интервьюер перебивает пациентку).

Пациентка это заметила. Ей хочется, чтобы ее критиковали, тогда она могла бы лучше справляться с проблемами.

Интервьюер: Вы хотели бы, чтобы вас критиковали, зато вам неприятно, когда вас одобряют.

Пациентка отвечает утвердительно.

Договариваясь о следующей встрече, пациентка сообщает, что ей подойдет любое время, так как она временно оставила работу (а работала она лаборанткой), чтобы полностью посвятить себя решению своих проблем. Она заявила, что полна решимости прояснить и устранить свои проблемы.

(На интервьюера произвел сильное впечатление рассказ пациентки, особенно ее эмоциональная вовлеченность, груз ее страданий и ее воля к выздоровлению.)

Комментарий: На читателя, как и на интервьюера, этот диалог с пациенткой, вероятно, тоже произвел сильное впечатление. В общем-то текст говорит сам за себя, и комментарии излишни.

2.4. Эмпирическое обоснование

Подобные дословные протоколы, составленные на основе магнитофонных записей или по памяти, прекрасно подходят для проведения научных исследований. Интерпретации и построенные на них диагностические оценки могут быть проверены эмпирически точно так же, как и высказывания пациента. Можно провести сопоставление разных пациентов и сравнить высказывания одного и того же пациента в разное время.

Для оценки и обработки пригодны качественные и количественные методы, основанные на анализе содержания. Так, высказывания пациента могут быть заново оценены экспертами. Это дает возможность сравнить новые оценки с интерпретациями психоаналитика, данные им во время проведения беседы. С помощью количественных методов, проверенных и неоднократно подтвердивших свою надежность в научных исследованиях, можно с научных позиций оценивать различные страхи, аффекты, близость и дистанцию между обоими лицами, участвующими в психоаналитической беседе. И все же подавляющее большинство психоаналитиков по-прежнему предпочитает путь отчета об отдельном случае терапии, по которому шел еще Фрейд. В этом отчете полностью учтена уникальность личности пациента, и поэтому он читается как новелла. При этом своеобразие личности человека раскрывается как можно более наглядно, образно и живо. В результате получаются выразительные и впечатляющие образы человека, как бы его портреты, подчеркивающие его уникальность и индивидуальность. Правда, с этим связана и опасность слишком субъективного подхода автора отчета. Другие возможности допустить ошибку связаны с неодинаковой способностью аналитиков к восприятию даже одной и той же ситуации, различной степенью проработки воспринятого, различиями в их памяти и способности к воспоминанию.

Традиционно эмпирически ориентированные исследователи полностью игнорируют протокол, написанный по памяти, и признают исключительно такие методы, которые позволяют получить поддающиеся количественной оценке и потому объективируемые данные. Тем не менее, интенсивные исследования отдельных случаев имеют свою научную ценность, так как индивидуальные тонкости, обнаруживающиеся в изучении конкретного пациента, невозможно охватить никакими, пусть даже самыми хитроумными тестами и анкетами. Качественное исследование в форме «интервью» и подробный, учитывающий мельчайшие детали отчет о нем по-прежнему не сдают своих позиций в научных исследованиях.

Степень субъективности такого отчета может быть уменьшена, а степень объективности увеличена, если ход беседы шаг за шагом с максимальной точностью отражается в протоколе, составленном по памяти, а также если четко разделяются: а) отчет о ходе беседы и его отдельных стадиях; б) интерпретация «интервью». Степень объективности возрастает, если в) каждая интерпретация в отдельности доказывается и обосновывается с применением научной аргументации.

Еще больше усовершенствовать диагностический метод психоанализа помогает супервизия: после беседы психоаналитик делится своими впечатлениями и интерпретациями с экспертом, который, со своей стороны, вникает в ситуацию, на пробу идентифицируясь то с пациентом, то с психоаналитиком. Такой метод супервизии позволяет выявить «слепые пятна» психоаналитика и исправить неточные интерпретации. Степень объективности еще больше повышается, если проведенное «интервью» обсуждается целой группой экспертов. Тогда пропуски, не замеченные одним супервизором, будут выявлены и восполнены другими экспертами. И конечно, большей доказательной силой будет обладать единодушная оценка какого-либо фрагмента беседы, данная, например, пятью психоаналитиками, чем данная лишь двумя или, как обычно, одним аналитиком.

Наконец, интерпретации психоаналитика могут быть подкреплены или опровергнуты с помощью тестов.

3. Операционализованная психодинамическая диагностика (ОПД)

Методы тестирования, дающие качественную или количественную оценку, могут подтвердить или опровергнуть диагноз, поставленный с помощью интервью. Ранее психоаналитики применяли качественный

тест чернильных пятен Роршаха, психоаналитически переработанный Роем Шафером и расширенный Хорстом Фогелем и Хансом-Фолькером Вертманном. Использовались также другие проективные методы тестирования – тематический апперцептивный тест (TAT, Thematic Apperception Test) и тест объектных отношений (ORT, Object Relations Test). Теперь они применяются редко.

Зато сегодня в распоряжении психоаналитиков есть совсем другие средства, с помощью которых они могут научно классифицировать проблемы своих пациентов. Так как эти оценки могут быть операционализированы, появляется возможность сравнивать их. Так, можно проверить изменения, происшедшие у одного отдельно взятого пациента после проведения анализа, равно как и различия между отдельными пациентами. Причем отношение пациентов к болезни, их взаимоотношения, конфликты, структуру и симптоматику можно операционализировать посредством пяти шкал, как это представлено в «Пособии по операционализованной психодинамической диагностике» (ОПД), изданном коллективом авторов (Arbeitskreis OPD, 1998). Этот метод, разработанный в ходе многолетних интенсивных научных исследований, особенно подходит для диагностики и психотерапии структурных расстройств. В отличие от ничем не ограниченного классического анализа, с помощью ОПД можно, в зависимости от структуры и состояния процесса, разрабатывать как общие стратегии, так и специфические интервенции, которые, в свою очередь, могут сделать лечение более структурированным и эффективным (Rudolf, 2004).

IX. Психоанализ как метод лечения

Лечить же душу, говорит Сократ,
должно известными заклинаниями,
последние же представляют собой
не что иное, как верные речи.

Платон. Диалог «Хармид»

1. Предпосылки

1.1. Условия для психоаналитика

Наряду с местонахождением психоаналитической практики и применяемым психоаналитическим методом центральную роль играет и фактор личности психоаналитика (переменная «психотерапевт»). Психоаналитик должен хорошо знать самого себя. Поэтому обязательной частью квалификационных требований является прохождение учебного анализа, в котором начинающий психоаналитик получает возможность увидеть самого себя, разрешить оставшиеся нерешенными конфликты и тем самым лучше познать себя. Благодаря этому он сможет лучше оценивать свое психическое состояние и, по аналогии с собой, понимать состояние других людей.

Хорошей школой для будущего психоаналитика, наряду с учебным анализом, является участие в группах практикующих психологов, собирающихся с целью обмена опытом. Здесь у него появляется возможность получить информацию о манере поведения своих коллег, которые могут вести себя совершенно по-разному: надменно и снисходительно или раболепно, приспособительно и робко. Не страдающие профессиональной предвзятостью, участники такой психоаналитической группы могут с обезоруживающей откровенностью сказать в лицо любому участнику, что он делает, чего не делает, а главное, как он это делает или не делает. Такие конфронтации обязательно достигают цели, особенно когда несколько человек говорят одно и то же. Если пси-

хоаналитики хорошо знают самих себя, то им бывает легче разобраться в том, почему пациенты реагируют на них так, а не иначе; ведь поведение многих пациентов в значительной степени зависит от поведения психоаналитика – этот момент в последнее время особенно подчеркивают сторонники интерсубъективного направления. Только при условии, что психоаналитик хорошо знает самого себя и может сознательно себя контролировать, он сможет соблюдать очень важное правило: проявлять умеренность, нейтральность, т. е. сдерживать свои чувства по отношению к пациенту.

1.2. Условия для пациента

Идеальный пациент не только страдает от своих симптомов и понимает, что его страдания вызваны какими-то психическими причинами, но и готов активно участвовать в выявлении скрытых причин своих страданий. Чем лучше пациент сотрудничает в психоаналитическом рабочем альянсе с психотерапевтом (Greenson, 1974; Deserno, 1990), тем больше у него шансов на успех. Для этого нужна, прежде всего, готовность следовать основному правилу психоанализа: говорить все, что приходит в голову, т. е. свободно ассоциировать, не позволяя никаким соображениям, страхам, чувствам стыда или вины ограничивать себя. Это предполагает должное доверие к психоаналитику, такое доверие, которое, естественно, не существует изначально, а должно возникнуть в ходе совместной работы. Чтобы представить читателю живую картину того, как аналитик в начале психоанализа выясняет, существуют ли достаточные условия для развития продуктивного аналитического процесса при работе с пациентом, приведем небольшой пример.

Аналитик: Мне бы очень хотелось вместе с вами выяснить, почему вам приходится так страдать.

Пациентка: А разве вы мне не поможете?

А.: Помочь-то я вам помогу, но не предложу вам какого-то готового запатентованного решения. Нас интересуют не симптомы, а то, что за ними кроется. А вам это тоже интересно?

П.: Да, но я сомневаюсь, по силам ли мне это.

А.: Я готов помогать вам в этом. Наше сотрудничество – это самое главное, а возможно оно лишь тогда, когда вы будете сообщать мне все, что приходит вам в голову. Как вы думаете, с чем связаны ваши страдания?

П.: Наверняка это связано с моим браком.

А.: Вполне возможно. Мы разберем это. Но еще важнее, чтобы вы сами поняли, почему вы так несчастливы в браке. Так что, как видите, без вашего участия мы не сможем обойтись.

2. Показания к проведению психоанализа

Вначале психоанализ ограничивался прежде всего анализом неврозов переноса, т. е. работой с такими пациентами, которые, в отличие от страдающих «нарциссическими неврозами» (= психозами), способны устанавливать рабочий альянс и поддаются терапевтическому расщеплению Я, а также обладают, по выражению Фрейда, «фиктивным нормальным Я», интернализовали добрый объект и способны к длительным отношениям с целостным объектом. Впоследствии психоаналитический метод и его процедуры постоянно (с 1950-х годов официально) расширялись. При таком развитии метода с его модификациями, предназначенными для лечения все более широкого спектра психических заболеваний, возникли серьезные теоретические и технические вопросы, которые широко обсуждались в дискуссиях на тему возможности проведения анализа. Необходимо было найти критерии, которые позволили бы ответить на вопрос, какой пациент подходит для лечения той или иной модификацией метода. В 1950-е годы Айслер сформулировал понятие так называемых параметров минимальных изменений стандартной классической психоаналитической техники, которые могут вводиться, но потом должны быть устранены, т. е. конечная фаза аналитического лечения должна проходить с нулевым параметром. Затем показания к психоаналитическому лечению были расширены даже на тех пациентов, у которых не было терапевтического расщепленного Я, фиктивного нормального Я и способности к длительным объектным отношениям. На сегодняшний день существует множество широко известных устоявшихся модификаций и процедур, получивших статус самостоятельных терапевтических методов. Их характеризуют специфические условия, а отчасти и различные терапевтические техники: аналитическая групповая терапия, детский анализ, психодинамическая терапия психосоматических болезней и психозов в форме долгосрочной терапии, глубинно-психологические формы и методы терапии и экспрессивная психотерапия (на основе занятия искусством). Конкретные модификации терапевтического метода подбираются в соответствии с психическим состоянием и структурой личности пациента и, кроме того, включают и другие методические приемы, а не только интерпретацию (а также прояснение/разъяснение и конфронтацию), например, построение аналитических отношений, включение интеракционных терапевтических элементов, отказ от генетических интерпретаций и/или толкований переноса. В связи с этим в литературе по технике психоанализа ведутся интенсивные дебаты о его лечебных факторах (инсайт, эмпатийное понимание, формирование новых объектных отношений, аффективное переживание, когнитивное структурирование, сосредоточение на переносе, реконструкция истории жизни).

3. Психоаналитическая ситуация

В классической ситуации, где есть кушетка и кресло, пациент удобно лежит на кушетке, причем психоаналитику он почти не виден, в то время как психоаналитик сидит в кресле сзади него. Оба настраиваются на материал, получаемый в результате свободных ассоциаций пациента. Формирующаяся по отношению к психоаналитику зависимая, чуть ли не детская роль пациента в рабочем альянсе, добровольно признается и принимается им как условие излечения. Сдержанность, умеренность психоаналитика неизбежно приводит к фрустрации, к своего рода вакууму, возникающему уже хотя бы потому, что психоаналитик (в противоположность обычной беседе) не реагирует непосредственно на высказывания пациента, а довольно долго молчит, побуждая пациента к новым ассоциациям.

Таким образом, психоанализ проходит, как пишет в своей книге «Психоаналитическая ситуация» Стоун (Stone, 1961), с использованием речи как средства общения, но в характерном состоянии разобщенности, несмотря на весьма непривычную для повседневного (в неаналитических условиях) общения близость и интимность. Лео Стоун говорит о «состоянии разобщенной близости» или «близкой разобщенности». Весьма показательно, что психоанализ не оправдывает ожиданий обычных межличностных отношений. Но поскольку психоаналитическая ситуация создана искусственно и не предназначена для удовлетворения «обычных» потребностей в межличностном общении, то она провоцирует фантазию, стимулирует навязчивое повторение, чем достигается именно то, что нужно для анализа психики.

Возможно, читателю будет также интересно познакомиться с некоторыми непсихоаналитическими оценками психоаналитической ситуации.

С точки зрения лингвистики, когда у пациента возникают свободные ассоциации, то в таком рассказе пациент сначала сообщает о субъективно пережитых событиях и только потом начинает само повествование (см. таблицу 1).

С социологической точки зрения, обе стороны придерживаются определенных договорных правил. Роли пациента и психоаналитика четко определены. Существует основа для доверия и аффективных взаимоотношений, позволяющая психоаналитику интерпретировать определенные отношения таким образом, каким пациент пока не может сделать этого из-за каких-то ограничений или стеснения, хотя в принципе мог бы и сам их так истолковать (Oevermann, 1993).

С политологической точки зрения, психоаналитик, несомненно, проявляет власть над пациентом. Пациент страдает и не знает, что с ним происходит, в то время как психоаналитик прошел профессиональную

подготовку и обладает соответствующими компетенциями. Он может использовать пациента в корыстных целях и даже навредить ему, что испытала на своем горьком опыте Дёрте фон Дригальски, описав это в своей книге «Цветы на граните» (Drigalski, 1980). Но так же верно и обратное: без свободных ассоциаций пациента психоаналитик бессилен. Он зависим от ассоциаций пациента.

4. Рамки и сеттинг в психоаналитическом лечении

Под рамками и сеттингом[1] в психоанализе понимаются неизменные условия, в которых проходит психоаналитическое лечение. Различают три уровня ограничений:

1) уровень психоаналитического контракта, в котором определяются его обязательные формальные условия (частота, оплата, место и время проведения лечения);
2) технические требования: свободные ассоциации и основное правило (говорить все, что приходит в голову) – со стороны пациента;
3) равнораспределенное[2], «равномерно парящее» внимание/задумчивость, умеренность и нейтральность, а также интерпретации – со стороны аналитика.

Кроме формальных и технических функций, у этих рамок есть некое символическое измерение (Müller, 1993, 2007a). Оно вмещает в себя границы и третий объект, психическую оболочку, триангулирующую функцию языка, поддержку и контейнирование, переходное пространство. С помощью этих функций и качеств рамки создают предпосылки для общения, включающего в себя речь, поведение, мышление и чувства (метакоммуникация). Одновременно эти рамки поддерживают пациента в его попытке осознать метафорический характер аналитической ситуации. Развитие концепции рамок в психоанализе имеет долгую историю. Сначала Фрейд рассматривал перенос как сопротивление припоминанию инфантильного прошлого (см. главу IX.5.2). Но постепенно он пришел к мысли о том, что перенос представляет собой «мощное вспомогательное средство <…> в динамике процесса исцеления» (Freud, 1923b, S. 223). Поэтому Фрейду пришлось разработать

1 От англ. *setting* – помещение, установка, обстановка. – *Прим. ред.*

2 Направленное на собственное состояние и в то же время на содержание ассоциаций пациента. – *Прим. ред.*

такой методический принцип, который находится вне аналитических отношений и тем самым позволяет пациентам изображать и компоновать сцены из их детства в произвольной форме, одновременно исследуя их.

Отдельные школы последователей Фрейда углубили и дифференцировали концепцию рамок. Так, представители британской группы независимых психоаналитиков, опираясь на идеи Винникотта и Балинта, делают акцент прежде всего на поддерживающей функции рамок как «гаранта терапевтической регрессии и аналитического процесса, а также переходного пространства, в котором у пациента есть возможность пережить опыт поддерживающего и защищающего его окружения, что создает у него иллюзию безопасности и защищенности» (Modell, 1991, S. 791). Рамки предоставляют пространство для новых возможностей (Khan, 1977), без которого символизация просто невозможна. Благодаря однозначным, обязательным как для аналитика, так и для пациентов правилам и границам рамки защищают дифференциацию самости и объекта. По мнению этих авторов, только с учетом созданной рамками безопасности и обязательности пациент способен отважиться на «новое начало», как понимал его Балинт[1], и приобрести иной аналитический опыт, отличающийся от прежних патогенных объектных отношений (Trimborn, 1994). Кроме того, рамки позволяют осуществить шаги, направленные на символизацию, поскольку пациент может идентифицироваться с упомянутыми символическими функциями рамок. Поэтому, по мнению рассматриваемых авторов, рамки представляют собой третий важнейший исцеляющий фактор, наряду с интерпретациями и аналитическими объектными отношениями. Авторы, ориентирующиеся на теорию объектных отношений, также подчеркивают наличие у рамок бессознательного символического измерения. Здесь рамки рассматриваются как контейнер и как «третья позиция», которые не только дают пациенту возможность постепенно «переварить» неосознанный, еще не понятый травматический материал, но и сталкивают пациента с триангулярной структурой. Поэтому рамки можно считать третьей позицией, в контексте которой аналитик и пациент могут рассматривать самих себя, объект и свои отношения, не отказываясь от самих себя. Что же касается подходов психологии Я и структурной теории, то они, напротив, были направлены на дальнейшую дифференциацию

[1] Балинт считал, что новое начало всегда происходит в переносе, т.е. в объектных отношениях, и ведет к преобразованию в отношениях пациента с объектами его любви и ненависти и, следовательно, к значительной редукции тревоги. Перенос здесь понимается не в узком смысле как повторение, но скорее как всеобъемлющий тип отношений с существенно новыми элементами. – *Прим. ред.*

технических правил. Так, например, Л. Стоун подчеркивал, что рамки воспроизводят важные аспекты репрезентантов отца и матери, включая «состояние относительного разобщения с ранними объектами» (Stone, 1961, S. 103).

5. Идеал психоаналитического метода

5.1. Желание и сопротивление

Анализанды готовы сотрудничать с психоаналитиком в рабочем альянсе для выявления причин своих психических страданий. У них есть добровольное желание делать это. Поэтому они стараются исследовать причины возникающего сопротивления и содействуют усилиям по его преодолению. Они серьезно интересуются неизвестными им ранее причинами своих расстройств. У них есть сильная мотивация, и они хотят вместе с психоаналитиком выявлять «взаимосвязи» между кажущимся им столь странным поведением и лежащими в его основе психическими причинами.

Но, несмотря на это, многие анализанды противятся воспоминаниям и инсценировке неприятных для них конфликтов, так как боятся попасть в безвыходное положение, напоминающее им то горе, которое они пережили в раннем детстве. Для них мучительны напоминания об их неудачах. Они испытывают чувство стыда и боятся, что аналитик будет смеяться и шутить над ними. Поэтому долгое время из-за бессознательного сопротивления пациенты не могут припомнить прежних постыдных переживаний.

Но через сновидения мучительные события и переживания постепенно прорываются в сознание, например, когда во сне анализанд оказывается полуголым перед всем честным народом. Если анализанды замечают, что над ними не смеются, сопротивление уменьшается и вытесненные ранее мучительные сцены детства все легче доходят до сознания. Со своей стороны, аналитики могут помочь пациентам преодолеть сопротивление, демонстрируя понимание тех трудностей, из-за которых им в данный момент сложно, несмотря на добрые намерения, припомнить мучительную сцену, показывая приемы уклонения от ситуаций, кажущихся им неудобными (они медлят, снова забывают только что воскрешенное мучительное переживание или переключаются на какую-нибудь безобидную тему) и, наконец, объясняя, почему возникло сопротивление. Психоаналитики существенно помогают пациенту и тем, что говорят с ним о его опасении

быть высмеянным, как это происходило ранее во взаимоотношениях с родителями.

Сопротивление выражается, например, в том, что пациенты пытаются контролировать приходящие им в голову мысли по поводу их опозданий на сеанс, или в том, что они отвлекаются на какие-либо безобидные темы, или в том, что они вечно забывают мучительную сцену.

Приведем небольшой пример из практики. Пациентка сильно злится на психоаналитика, потому что он не соглашается выполнить ее желание провести с ней дополнительный сеанс. Она хотела бы сорвать свой гнев на аналитике и высказать ему все, что она о нем думает, но боится, и у нее начинается мигрень. В данном случае пациентка из-за бессознательного сопротивления демонстрирует симптом, чтобы избежать страха возможного отвержения со стороны аналитика из-за того, что она пришла в ярость. Анализ сопротивления мог бы состоять в том, чтобы показать пациентке, что в ее мигрени содержится скрытый упрек психоаналитику, который только потому не был высказан, что за ним скрывается сопротивление: страх, что, если она проявит свой гнев, психоаналитик выгонит ее.

Психоанализ выделяет отличающиеся по психодинамике виды сопротивления, с помощью которых Я пытается защититься от осознания бессознательных содержаний, порождающих страх, стыд и вину: сопротивление переносу (пациент воспроизводит с психоаналитиком историю инфантильного конфликта «вместо» того, чтобы вспомнить ее); вторичная выгода от болезни[1] (например, в случае так называемых неврозов возмещения, обусловленных тем, что исчезновение заболевания или симптома приводит к потере пенсии). Встречаются нарциссические, перверсные, типичные пограничные и психотические версии сопротивления переносу в зависимости от структуры личностности пациента. Например, пациент отвергает любые интерпретации из-за страха перед зависимостью или сам выдумывает для себя интерпретации, истолковывает в противоположном смысле интерпретации, даваемые психоаналитиком, нападает на интерпретации аналитика из-за бессознательной зависти, или интерпретации кажутся ему преследующими либо наделенными сексуальным смыслом, или же пациент настаивает на предоставлении ему реальных льгот и добивается реальных вазимоотношений с психоаналитиком как бы в качестве компенсации

[1] Бывает первичная и вторичная выгода от болезни. Певичная выгода может выглядеть как объективная причина для ухода с уроков, с работы, избегания встречи с нежелательными людьми, ухода от конфликта и т. д. Вторичная выгода от болезни проявляется в получении моральных и материальных благ в результате заболевания. Поэтому на подсознательном уровне болезнь становится желаемой. – *Прим. ред.*

за полученные травмы (обзор см.: Greenson, 1974; Kernberg, 2001; Hinshelwood, 1989). Психотическое сопротивление переносу чаще всего проявляется в выраженном негативизме, понимаемом как уход от межличностных отношений, так как любой вид психических изменений переживается как катастрофическая опасность. Кроме того, существует бессознательное навязчивое повторение (сопротивление со стороны Оно) и моральный мазохизм (сопротивление со стороны Сверх-Я), ставящие серьезные препятствия на пути излечения от симптомов. Следует также упомянуть сопротивление, проявляющееся в форме тонкого давления на психоаналитика, чтобы заменить аналитические отношения переноса реальными взаимоотношениями, возможно даже доходящими до интимной близости (эротизирующий перенос).

5.2. Перенос

Рано или поздно любой пациент начинает снова инсценировать, оживлять или реактивировать во взаимоотношениях с психоаналитиком свои неразрешенные конфликты с прежними значимыми лицами. Тогдашние чувства оживают в ситуации «здесь и сейчас». Собственно говоря, анализанд переносит чувства, предназначавшиеся значимому лицу из своего прошлого, на психоаналитика в настоящем.

Тем самым болезнь пациента оказывается доступной для аналитической проработки. Симптоматический невроз превращается в невроз переноса. Это означает, что вместо симптомов и активировавшихся у пациента внутренних конфликтов теперь возникают внешние конфликты между пациентом и аналитиком.

Так, например, одна из анализандок, находившаяся на стадии, когда она пыталась открыто высказывать свою позицию, формулировать свои пожелания, выражаться и вести себя более уверенно, воспринимала аналитика так же, как раньше воспринимала угрожающую, ограничивающую и подавляющую мать, от которой она ожидала наказания. Если пережитое в переносе в ситуации «здесь и сейчас» ожидание наказания интерпретируется применительно к взаимоотношениям, развивающимся между аналитиком и анализандом (интерпретация переноса), то в идеальном случае перенесенный паттерн отношений устраняется. В результате отношения освобождаются от сковывающих нарушений и дают дорогу новым, непредвиденным переживаниям.

Аналитик узнает перенос по тому, что в отношениях активизируется нечто такое, что к ним не относится, например чрезмерное дружелюбие или такая же неоправданная враждебность, элементы соблазнения в существовавших до этого рабочих отношениях или не подходящая к когнитивному содержанию эмоциональная окраска. Именно такая

неадекватность, утрированность и необычность и заставляют психоаналитика предполагать, что отношения нарушаются под воздействием переноса. При этом мы различаем эротические, агрессивно заряженные, положительные и отрицательные переносы.

Приведем показательный случай из практики как пример отрицательного переноса.

«Я отдавал свой автомобиль на техосмотр. Но они ничего не сделали, только деньги содрали. И это все! Бензопровод был расположен так, что запах шел прямо в багажник. Я лучше поеду в другую мастерскую, пусть даже она находится далеко отсюда».

Психоаналитик относит сказанное к себе, на психоаналитическом жаргоне это называется «принимает это в перенос», и думает, что недовольство техосмотром машины в зашифрованном виде выражает недовольство «техосмотром» пациента в анализе.

Далее психоаналитик интерпретирует: «Не думаете ли вы, что сказанное о мастерской относится и к ситуации, сложившейся здесь? Собственно говоря, вы имели в виду меня. Ведь я именно тот, кто слишком мало сделал, кто только деньги берет, а не работает как следует, так, как вы этого ожидаете».

После долгих раздумий пациент говорит: «Да, это верно. Таким был и мой отец, который никогда ничего не делал, настолько он был слабым и ни на что не способным. А если он мне и помогал, то все делал неправильно».

Аналитик: «Он делал это, когда важны были контакты, как в случае с бензиновым шлангом?»

Пациент: «Он думал только о себе, а не о контакте со мной».

А.: «Но он же отравлял атмосферу, как это делает запах бензина, проникающий внутрь автомобиля».

П.: «Да, это верно, этого я боюсь. Но я боюсь, что и в отношениях с вами атмосфера будет отравлена и что вы больше думаете о себе, чем обо мне. Я бы не хотел пережить это еще раз. На этот раз все должно быть по-другому».

С психологической точки зрения, в основе переноса пациента на психоаналитика лежит избирательность восприятия, а именно зависимость восприятия от стереотипов, предубеждений или установок. Другой человек воспринимается не таким, каков он на самом деле, а таким, каким его считают.

Перенос с точки зрения Фрейда

При разработке концепции психологии неврозов Фрейд исходил из следующих соображений. Невротические симптомы могут превращаться в актуальные конфликты влечений и взаимоотношений, кор-

ни которых можно найти в детстве пациентов (генетический аспект), а вытеснение (защита) может подвергаться ревизии (динамический аспект). Если это удается, то там, «где было Оно <…> может оказаться Я» (структурный аспект), правда, при этом должны быть преодолены специфические сопротивления (динамический аспект). Выявление механизма вытеснения (защиты) и бессознательного вытесненного материала Фрейд называет топографической точкой зрения (Thomä & Kächele, 2006). Так как Фрейд видит в переносе повторение прошлого в настоящем, а тем самым и искажение этого настоящего, он рассматривает регрессию как условие для формирования переноса. Поэтому перенос определяется как воспроизведение инфантильных образцов в актуальных отношениях, особенно в аналитических. Изначально Фрейд рассматривал перенос как сопротивление припоминанию, как своего рода помеху, которая создает препятствия для психоаналитической работы и которую необходимо преодолеть. Позднее он заметил, что перенос репрезентирует инфантильные процессы в сфере влечений и воспроизводит самые ранние отношения, приковывающие индивидуума к его неврозу и фигурам родителей из далекого прошлого; тем самым перенос позволяет взглянуть на бессознательную историю жизни человека.

Когда Фрейд обнаружил, что это особенно характерно для аналитических отношений, то он сформулировал понятие невроза переноса. Это искусственный невроз, при котором «манифестации переноса пытаются организоваться. Он возникает из отношений с аналитиком; это «новое издание» клинического невроза; его прояснение приводит к выявлению инфантильного невроза» (Laplanche & Pontalis, 1967, S. 560). В настоящем, в актуальных аналитических отношениях воспроизводится опыт первоначальных инфантильных переживаний или их вариации. Появляется возможность трансформировать невроз, так как инфантильные отношения и жизнь влечений вновь всплывают из бессознательного и раскрываются в переносе. Неврозами переноса Фрейд называет психоневрозы (истерия страха, конверсионные проявления истерии, невроз навязчивых состояний), проводя разграничение между ними и нарциссическими неврозами (парафрения, паранойя, dementia praecox = раннее слабоумие, мания). Очевидно, что Фрейд еще до создания топографической теории, когда он разрабатывал понятия нарциссического невроза и психоневроза, увидел принципиальные различие между обоими типами «невроза» и их переносами. Цель терапии на данном этапе – направить все невротические паттерны поведения на личность психоаналитика внутри аналитических отношений, при этом различные реакции переноса как бы собираются в пучок, очень четко высвечиваются, как в главном фокусе.

Современные аспекты

Разные теории объектных отношений сходятся в том, что в аналитической ситуации инсценируются внутренние бессознательные объектные отношения. Однако и существование, и активация переноса не привязаны к аналитическому процессу. Перенос понимается, скорее, как синоним любых межличностных отношений, поэтому его содержание необходимо существенно расширить. В настоящее время различия проводятся, скорее, между переносами и «непереносами». Между переносом и отношениями не усматривается противоречий, а лишь ставится вопрос: что в отношениях можно считать переносом, а что – нет, что в них является повторением прошлого и тем самым искажением настоящего и актуальной реальности, например искаженное видение пациентом психоаналитика. Перенос уже больше не понимается только как временно́е повторение прошлого, как у Фрейда, а рассматривается главным образом как пространственная проекция внутренних отношений на аналитическую ситуацию, в которой психоаналитик воспринимает аспекты самости и объектов (Herold & Weiß, 2000).

В кляйнианской и посткляйнианской перспективе отмечена тенденция рассматривать перенос как сопротивление, особенно когда «рабочие отношения превращаются в эмоциональные отношения» (Hinshelwood, 1989, S. 666). К тому же перенос понимается здесь не столько как реактивация объектных отношений прошлого в настоящем, позволяющая спасти их от вытеснения и реконструировать инфантильные травмы и патогенные конфликты, а, скорее, как активация или инсценировка действующей в данный момент бессознательной фантазии. Правда, корни ее уходят в инфантильные конфликты, понимаемые как реактуализация постоянно чередующихся параноидно-шизоидной и депрессивной позиций. Эта инсценировка служит удовлетворению аффектов и влечений, а также усилению защиты от них. Другие авторы, ориентированные на теорию объектных отношений, понимают перенос как реактуализацию интернализованных объектных отношений на различных структурных уровнях. Переносы основаны на интернализациях объектных отношений, организованных как диады, т. е. репрезентанты самости и объектов возникают под влиянием различных аффективных состояний. Они представляют собой строительные элементы для структур Оно, Я и Сверх-Я. Интернализованные объектные отношения – это не отражение действительных прежних объектных отношений, а сочетание реалистических и фантазийных, искаженных интернализаций объектных отношений и защиты от них. Авторы научных исследований стараются выявить паттерны переноса, характерные для определенных личностных структур, соотнести эти паттерны с различными стадиями психоаналитического процесса и сформули-

ровать для них технические принципы. Например, такие попытки предпринимаются в отношении перверсного переноса (De Masi, 2003; Filipini, 2005), психосоматического переноса (McDougall, 1982), психотического переноса (Maier, 2006; Müller, 2008) и переноса особых личностных расстройств (Kernberg, 1984), а также патологических структур характера (Steiner, 1993).

Переносы пациентов, чьи психические функции организованы на высшем или среднем структурном уровне (см. главу VII.3.1), мобилизуются аналитической ситуацией и ее рамками, потому что благодаря им раскрываются регрессия и сопротивления. Регрессия, сопротивления и перенос наглядно показывают специфические индивидуальные структурные признаки, после «растворения» которых в переносе становятся очевидны лежащие в их основе интернализованные объектные отношения. Тем самым инфантильная самость пациента, его патогенные конфликты с первичными объектами проявляются внутри динамики «конфликт – защита». А вот пограничные расстройства (низкий структурный уровень), напротив, не приводят к формированию невроза переноса в вышеописанном смысле, так как их структура не базируется на вытеснении бессознательных конфликтов и наполнении их противоположным смыслом, придании им противоположного энергетического заряда (Gegenbesetzungen); также для пограничных расстройств характерны не интегрированные репрезентанты самости и объектов, а преобладание расщепления, диссоциации. Поэтому в переносе видны диссоциированные эго-состояния, которые могут долгое время удерживаться в скрытом виде благодаря сложной перверсной, нарциссической или психосоматической структуре защит. Диссоциированные эго-состояния активируют примитивные частичные объектные отношения, характеризующиеся следующей структурой: репрезентант самости, расщепленный на только добрые и только злые части, связан с точно так же расщепленным репрезентантом объекта. Оба они могут быстро сменять друг друга и экстернализоваться. Перенос в этих случаях заключается в быстрой активации архаических, потенциально конфликтных объектных отношений, складывающихся из расщепленных частей самости и диссоциированных объектных представлений, что в конечном итоге и есть позиция защиты (Steiner, 1993) от параноидных и депрессивных страхов. Поэтому перенос постоянно переходит с одной позиции на другую: или только хорошие, или только плохие эго-состояния.

Некоторые авторы (Кернберг, Розенфельд, де Мази) определяют психоз переноса как формирование и развитие симптомов бреда, ограничивающихся переносом; от него отличают психотические феномены, которые вначале проявляются вне, а потом и внутри аналитической ситуации (их называют психотическим переносом). Таким образом, сле-

дует проводить различие между регрессивными процессами переноса при лечении пациентов с пограничными состояниями и при лечении пациентов со структурными психозами. Кляйнианские авторы в своей терминологии не проводят таких различий и с одинаковым успехом называют описательные и структурные процессы бреда, сопровождающиеся потерей тестирования реальности, то бредовым переносом, то психотическим переносом, то психозом переноса. С позиции психологии Я и теории объектных отношений, психотические переносы и психозы переноса, напротив, характеризуются потерей тестирования реальности как внутри, так и вне переноса и основаны на экстернализации, на проективных и интроективных идентификациях в отношении психоаналитика. При психозах в переносе обычно проявляются внутренние объектные отношения в виде унифицированных единиц, состоящих из самости и объектов, чаще всего расщепленных на две части – иделизирующе-сексуальные, соблазняющие, страдающие манией величия и преследующие, угрожающие уничтожением, или же перенос выливается в длительный негативизм (психическое избегание). Так или иначе, с самого зарождения психоанализа исследователи лечили психотических пациентов, используя более или менее модифицированные условия (сеттинг) и рамки и применяя более или менее модифицированные психоаналитические техники. Наибольший вклад в понимание структуры таких отношений переноса внесли, прежде всего, работы Розенфельда (Rosenfeld, 1978). В клинике часто наблюдаются параноидные психотические переносы, проявляющиеся в форме ипохондрических расстройств или расстройств восприятия тела и выражающиеся, скорее, замаскированно или в виде открытого страха преследования. Кроме них, есть еще группа нарциссических психотических переносов, которая также часто встречается в клинике. Эти переносы могут проявляться как симбиотические отношения переноса, отношения переноса на идеализированный объект или как аутистические отношения переноса. И наконец, следует назвать третью группу переносов, сопровождающихся состоянием замешательства, с которой врачи-клиницисты имеют дело чаще всего (Schwarz, 2001; Müller, 2003a, b).

В интерсубъективистском и интерперсональном подходе доминирует, скорее, конструктивистская модель переноса (Renik, 1998; Herold & Weiß, 2000). На нее оказали влияние идеи Салливана, интерперсональной школы, воззрения постмодернистского деконструктивизма и созданного Шефером и Спенсом нарративного подхода к психоаналитическому процессу. Согласно этой модели, нет никакой предметно объективируемой и объективно познаваемой реальности и истины, которые существовали бы независимо от познающего субъекта; любая реальность и истина не просто субъективно окрашены, но индивиду-

ально конструируются, а поэтому относительны. С этой точки зрения, перенос (и контрперенос) является совместным творением, результатом взаимодействия аналитика и анализанда. Как подчеркивал еще Гилл (Gill, 1984), психоаналитик не может рассматривать психоаналитический процесс и перенос с Архимедовой, смещенной позиции[1], а должен совместно с пациентом исследовать, как пациент ощущает себя в актуальной ситуации «здесь и сейчас». Интерсубъективистские аналитики заходят настолько далеко, что отмежевываются от принципов технической нейтральности, а также умеренности, например открыто показывая субъективный контрперенос психоаналитика. По мнению таких аналитиков, перенос – это выражение субъективного восприятия партнера в диаде аналитик – пациент. А вот теоретики объектных отношений, британская группа независимых психоаналитиков, посткляйнианцы и современные сторонники психологи Я считают,

> «что перенос не является неким компромиссным образованием, это не продукт взаимовлияния пациента и психоаналитика <…> не все типичные аспекты поведения пациента являются переносом… Все, что происходит на психоаналитических сеансах, а также вне их, необходимо исследовать на предмет наличия компонентов переноса, чтобы таким образом однозначно и как можно глубже разграничивать перенос и „реальность непереноса“ пациента» (Kernberg, 2001, S. 237 и далее).

По мнению Кернберга, для интерсубъективного и интерперсонального подхода к терапевтическому процессу, а также для психологии самости центральное значение имеет гипотеза о дефиците в раннем развитии из-за несостоятельности внешней среды. Поэтому психоаналитическое лечение рассматривается как новый опыт отношений с объектом, агрессия – как защитно-оборонительная реакция на несостоятельность аналитического объекта самости, а техническая нейтральность, умеренность и анонимность психоаналитика понимаются как выражение его неотрефлексированной властной позиции. Приверженцы теории объектных отношений, современные сторонники психологии Я, посткляйнианцы и британская группа независимых психоаналитиков, напротив, считают, что ранняя и систематическая[2] интерпретация переноса необходима, к тому же они выступают за то-

[1] Имеется в виду триангулярная структура, саморефлексивная позиция стороннего наблюдателя, при которой, благодаря дистанцированности от самости и объекта, возможна рефлексия их отношений. – *Прим. Т. Мюллера.*

[2] Систематическая интерпретация включает в себя как положительные, так и отрицательные аспекты переноса. – *Прим. Т. Мюллера.*

талистический[1] подход к контрпереносу. Систематическому анализу характера (анализу защитных операций, бессознательных фантазий и объектных отношений, патологических структур, а также активации репрезентантов самости и объектов как проявлению интернализованных объектных отношений) придается такое же первоочередное значение, как и исследованию разыгрывания, систематическому анализу сопротивления, технической нейтральности, умеренности и анонимности (см. главу IX.5.3).

5.3. Контрперенос

Определения

Под контрпереносом мы понимаем реакцию психоаналитика на перенос пациента. Например, психоаналитик ощущает, что одна пациентка пытается его соблазнить, другой пациент соперничает с ним, критикует или подвергает его нападкам.

Какое-то чувство подсказывает психоаналитику, что этим ему навязывают роль одного из значимых для анализанда лиц, причем пациент хочет, чтобы психоаналитик в общении с ним действительно играл эту перенесенную на него роль. Но именно этого-то психоаналитик и не делает. Скорее, он ограничит свою реакцию контрпреноса попыткой почувствовать, какую именно роль переносит на него пациент. Таким образом, контрперенос подходит к переносу как ключ к замку. Психоаналитик может даже частично идентифицироваться с перенесенной на него ролью и таким образом почувствовать, что чувствовал тот человек, которого в данный момент перенес на него пациент.

Комплементарной идентификацией (Racker, 1968) чаще всего называют идентификацию аналитика с активированными и спроецированными объектными представлениями пациента в переносе. В отличие от этого конкордантная идентификация – идентификация психоаналитика с активированными и спроецированными в переносе представлениями пациента о себе, в то время как сам пациент идентифицирован с внутренними объектными представлениями[2]. Иногда в литературе

---

[1] Тоталистический подход означает, что для исследования всей динамики переноса могут привлекаться как субъективный контрперенос, происходящий из источников в аналитике, так и объективный контрперенос, происходящий из источников в пациенте. – *Прим. Т. Мюллера.*

[2] Это положение опирается на современную теорию объектных отношений, согласно которой психическая структура состоит из интернализованных

выделяют следующую психодинамику: психоаналитик идентифицирован с той стороной конфликта, которая связана с защитой и сопротивлением, а пациент – со стороной конфликта, отражающей желания, аффекты и влечения (и наоборот).

В полном контрпереносе сведены воедино все эмоциональные и когнитивные реакции на пациента:

1) реакции аналитика на перенос пациента, в узком смысле определения контрпереноса;
2) не зависящие от пациента чувства, которые появляются у аналитика только как реакция на пациента;
3) еще один уровень контрпереноса обычно игнорируется в кругах психоаналитиков и связан с бессознательным (первичным) переносом аналитика на пациента; его важность определяется тем, что пациент реагирует на этот не осознаваемый психоаналитиком перенос в форме контрпереноса; реакция пациента истолковывается не совсем правильно без учета возможного переноса аналитика на пациента.

Дитер Бекманн (Beckmann, 1975) в своей редко цитируемой книге «Психоаналитик и его пациент» эмпирически исследовал три уровня отношений в анализе и убедительно показал возможность избирательного восприятия пациентов психоаналитиками. Кроме того, он установил, что некоторые аналитики даже независимо от пациента постоянно склонны вести себя агрессивно-доминирующе, в то время как другие аналитики, скорее, демонстрируют пассивность и готовность подчиниться.

Ранее (глава IX.1.1) мы уже указывали на то, как важно знать индивидуальные различия в поведении психоаналитиков, в их манере держаться и в их установках, чтобы иметь возможность правильно оценить, почему пациент ведет себя именно так, а не иначе. Разные аналитики (особенно во время обучения) по-разному реагируют на выдвигаемые в переносе предложения пациентов. Пройдя обучение, психоаналитики должны уметь соответствующим образом воспринимать как гетеросексуальные, так и гомосексуальные, как агрессивные, так и обесценивающие части переноса, используя их для понимания актуальных отношений переноса.

отношений между репрезентантами самости и объектов. В рассматриваемом случае аналитик в контрпереносе идентифицирован с репрезентантами самости пациента (как пациент сознательно или бессознательно воспринимает себя); в то же время пациент идентифицирован с интернализованными репрезентантами объектов (как пациент сознательно или бессознательно воспринимает свои внутренние объекты). – *Прим. Т. Мюллера.*

Описанные феномены переноса и контрпереноса проявляются во всех видах межличностного взаимодействия. Однако в психоаналитической ситуации они выражены особенно ярко из-за специфики психоаналитической ситуации и психоаналитического метода. Так, например, в любых любовных отношениях обязательно воспроизводятся более или менее ранние паттерны отношений, допустим, когда мы неосознанно желаем, чтобы партнер обращался с нами как идеальный отец, а партнерша – как идеальная мать.

Исходя из нынешнего уровня своих знаний, мы различаем в психоаналитическом методе следующие элементы:

1) анализ желаний и сопротивления (анализ сопротивления);
2) анализ переноса;
3) анализ контрпереноса;
4) текущий анализ свободных ассоциаций пациента (анализ речи);
5) анализ сновидений.

Без преодоления сопротивлений и без повторного переживания важных патогенных (т. е. спровоцировавших и поддерживающих болезнь) конфликтов в переносе и контрпереносе никакой психоаналитический процесс не получится (Etchegoyen, 1991), ничего не сможет измениться во внутреннем мире пациента, не возникнет никаких новых измерений в отношениях с важнейшими значимыми лицами. При этом недостаточно исключительно когнитивных знаний о сопротивлениях. Сопротивления должны восприниматься и прорабатываться анализандом и аналитиком в динамике переноса – контрпереноса.

Современные аспекты

Контрперенос выполняет как диагностическую, так и терапевтическую функцию. В определенной степени к контрпереносу можно отнести равнораспределенное («равномерно парящее») внимание и «rêverie» (см. главу II.5.2). Хотя эти термины (из-за того, что они сформулированы в контексте различных теоретических подходов) и обозначают несколько отличающиеся позиции и функции, они сходятся в том, что «бессознательное психоаналитика работает как приемник, чтобы принимать и воспринимать бессознательное пациента» (Freud, 1912e, S. 381).

Позиции сторонников теории объектных отношений, приверженцев психологии Я и кляйнианцев в значительной степени совпадают в том, что в психоаналитическом лечении необходимо различать субъективный и объективный контрперенос (Rosenfeld, 1987, S. 19). Это, прежде всего, подразумевает, что при внутренней проработке контрпереноса психоаналитик отличает фантазии, чувства и импульсы, вы-

зываемые в нем переносом пациента, от своего собственного переноса на пациента (контрперенос в узком смысле). Правда, Бренман-Пик (Brenman-Pick, 1988) и Розенфельд (Rosenfeld, 1987, S. 45, 51) подчеркивают: многим пациентам почти в совершенстве удается проецировать свои представления о себе и образы объектов в соответствующие паттерны реакций и способы переживаний психоаналитика (в его «слепые пятна» и «уязвимые места»), и поэтому «часто крайне трудно бывает разграничить проекции пациента и настоящие остатки нарциссических взглядов психоаналитика» (там же). Это одна из причин возможного формирования общего защитно-оборонительного переживания аналитика и анализанда и заключения «тайных соглашений» между определенными аспектами личностей психоаналитика и пациента.

В этой связи интенсивно ведутся дебаты о разных значениях приставки «контр» в понятии контрпереноса. Следует ли вообще все реакции психоаналитика считать контрпереносом в том смысле, что они полностью объясняются переносами пациента? Согласно классическому подходу, такие контрпереносы должны быть преодолены, так как они в виде, так сказать, остаточного невроза аналитика мешают беспрепятственному формированию переноса пациента (а, возможно, даже извращают анализ пациента, превращая его в повторный анализ психоаналитика). Однако, согласно новейшему подходу, контрпереносы должны быть отрефлексированы и использованы в диагностических и терапевтических целях, так как они позволяют получать ценную информацию о бессознательном в истории жизни пациента. Такую точку зрения защищают и потому, что невозможно достигнуть состояния очищенного от всех конфликтов, «окончательно заанализированного» психоаналитика, да это и нежелательно. Существуют ли «ориентирующиеся на реальность» реакции психоаналитика на пациента (и наоборот), т. е. такие фантазии и чувства, которые свободны от контрпереноса аналитика (и, соответственно, реакции пациента, свободные от переноса)? Не предшествует ли иногда контрперенос переносу и не интегрируется ли с ним (и если да, то каким образом) в том смысле, что аналитик «окрашивает» перенос пациента своей теорией, своей техникой, своими личностными качествами, внешними обстоятельствами, рамками (см.: Kutter et al., 1998), так что потом, в свою очередь, придется проводить качественное разграничение между этим ситуативным, индивидуальным и относящимся к данному конкретному пациенту, кратковременным, нефиксированным контрпереносом аналитика и переносом пациента, для которого характерны инвариантные структуры, т. е. проявляющиеся не только с данным конкретным аналитиком в данной конкретной ситуации, но и остающиеся неизменными при общении с другим человеком, в другом месте или в другое время? Поэтому приставке «контр» в понятии контрпереноса, как и любому

другому психическому феномену, может быть дано множество определений, каждое из которых нужно тщательно исследовать.

Понятие «разыгрывания» пытается теоретически обобщить некоторые проблемы контрпереноса и облегчить его использование в клинической практике (Gabbard, 1999). Обнаружилось, что, во-первых, психоаналитик не может быть свободным от переносов на пациента (остаточный невроз, «слепые пятна») и что, во-вторых, не всегда и не обязательно в каждом случае «сценическое» или речевое «ответное действие» служит исключительно удовлетворению потребности в защите и сопротивлению аналитика. В этом ответном действии может содержаться важная клиническая информация о пациенте, возможно отражающая сведения о «конфликтах», возникших в довербальный период. Разногласия в дискуссии на эту тему касаются не только теоретического осмысления понятия «разыгрывание» (часть контрпереноса; форма отыгрывания во внутрь –acting-in; проявление проективной идентификации); в ходе оживленных дебатов обсуждаются также следующие вопросы: можно ли избежать определенных форм разыгрывания? Какая разница между принятием психоаналитиком роли, навязываемой пациентом (Sandler, 1976), и разыгрыванием? Не содержит ли разыгрывание в качестве аспекта досимволических, непередаваемых вербально объектных отношений и перенос важной информации клинического характера? Является ли оно как отыгрывание вовнутрь феноменом сопротивления или служит удовлетворению влечений? Не служит ли эта концепция также неосознанной рационализации ошибок аналитика?

Участники этих дискуссий едины во мнении, что понимание контрпереноса и разыгрывания зависит от опоры на ту или иную теорию переноса, а также в том, что разыгрывание чаще всего складывается из каких-то бессознательных объектных отношений, которые проявляются независимо от осознаваемых или неосознаваемых значений высказываемых ассоциаций. «Актуализация переноса» (Laplanche & Pontalis, 1967) в большинстве случаев строится на интроективных и проективных идентификациях и часто основана на превербальных и досимволических событиях. Она включает перенос роли, действие которого может быть показано эмпирически и вне клинической ситуации. Чтобы сделать это доступным пониманию психоаналитика, часто бывает необходимо предоставить таким бессознательным объектным отношениям возможность как-то проявиться в аналитической ситуации. Разыгрывание как субъективная версия контрпереноса может бессознательно отражать актуальные и инфантильные конфликтные отношения аналитика, что совсем необязательно должно означать (см.: Brenman-Pick, 1988), что они (эти конфликтные отношения) не могут быть также бессознательным рефлексом на переносы пациента. Если рассматривать всю ситуацию переноса, т. е. веские причины предпо-

лагать, что с позиции тоталистического подхода к разыгрыванию сценические актуализации в переносе, как и в контрпереносе, не являются процессами, нарушающими аналитический процесс (как это первоначально предполагалось в отношении переноса), и необязательно оказываются следствием исключительно личных конфликтов психоаналитика; их исследование, скорее, позволяет глубже вникнуть в природу бессознательных процессов пациента. С точки зрения теории объектных отношений, в противоположность интерсубъективистским и интерперсональным подходам к психоаналитическому процессу, это различие имеет принципиальное методическое и клиническое значение.

6. Модели психоанализа: дебаты о психоаналитической технике

6.1. Дифференциальные модели процесса

Большая часть дебатов о психоаналитической технике ведется вокруг теоретического понимания психоаналитической ситуации и владения техникой и методикой психоаналитического процесса; в связи с этим затрагиваются также вопросы переноса и контрпереноса. По мере развития психоанализа было создано много разных моделей психоаналитического процесса, начиная с фрейдовской теории невроза переноса и систематической проработки отрицательного и положительного переносов с последующим постепенным их «распутыванием». Эти представления до сих пор остаются основополагающими для понимания психоаналитического процесса. В последующие годы были разработаны другие более или менее надежные эмпирические представления и положения, которые целесообразно использовать в клинической практике. Эмпирически подтверждена надежность ульмской модели психоаналитического процесса: выявляется актуальный «фокус»[1], основной проявляющийся в переносе симптом, чаще всего выражающий некий центральный конфликт взаимоотношений пациента. После проработки и разрешения этого фокального конфликта возникают новые, которые последовательно прорабатываются один за другим (Thomä & Kächele, 2006).

Некоторые исследователи разграничивают топографическую модель психоаналитического процесса (в которой речь идет об интерпретации бессознательных смысловых взаимосвязей и структур мотивов),

[1] Как направляющая линия лечения.– *Прим. ред.*

модель процесса с позиций теории Я и структурной теории (в этой топографической модели на первый план выходит анализ страхов и защиты) и модель, основанную на теории объектных отношений (здесь в центре находится систематический анализ как переноса, так и психогенеза интернализованных объектных отношений).

Кроме того, для клинической практики важны следующие модели (Psychoanalytic Quarterly, 1990; Kernberg, 2001). Точка зрения Винникотта (Winnicott, 1967, 1976; см.: Kohon, 1986) на психоаналитический процесс состоит в том, что в анализе тяжелобольных пациентов должна происходить терапевтическая регрессия до состояния максимальной зависимости от психоаналитика; это необходимо, чтобы вновь обрести то состояние, в котором пациент пребывал до наступления травматических событий, а затем в рамках опыта поддерживающих отношений с аналитиком начать все заново (Балинт), формируя и развивая психическую структуру, впервые обретая способность к психическому развитию (раньше такой возможности не было). На этих стадиях, как считал Винникотт, важнее интерпретаций оказывается «неинтрузивное» (без эмоциональной вовлеченности) пребывание в ситуации «присутствие здесь и сейчас» (В. Лох); по его мнению, на этих стадиях нужно заниматься не интерпретацией бессознательных содержаний, а толкованием того, что еще никогда не репрезентировалось. Он также считает, что в такие периоды спокойствия и доверительности в аналитических отношениях пациент может отважиться открыть, обнаружить и усовершенствовать свою «истинную самость», скрывающуюся за «ложной самостью». Условием этого является поддерживающий, аналитически и эмоционально корректирующий терапевтический опыт, так как в этом случае пациент не сталкивается со слишком ранним или слишком неделикатным указанием на инакость объекта и разобщенность с ним. Эти идеи Винникотта и Балинта получили дальнейшее развитие в психологии самости (Kutter et al., 2001), которая была дополнена концепцией терапевтических поддерживающих отношений между самостью и объектами, эмпатийного участия во внутренних переживаниях пациента.

Психоаналитическая психология самости, в отличие от других школ, довольно рано включила в свою теорию и практику результаты исследований младенцев, сформулировав на их основе десять принципов (Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1996) психоаналитического лечения:

1) надежные рамки и обстановка принятия;
2) особое эмпатийное восприятие;
3) отслеживание господствующих аффектов, которое красной нитью проходит через весь аналитический процесс;

4) обращается внимание не только на то бессознательное латентное содержание, которое кроется за манифестным (явным) посланием, но также и на значение самого манифестного высказывания (аналогично тому, как некоторые психоаналитики обращают внимание на манифестное содержание сновидения, не ограничиваясь только его скрытым бессознательным содержанием);
5) заполняются пробелы в рассказе пациента;
6) роли, приписываемые в переносе, учитываются так, как их переживает пациент;
7) разыгрывающиеся на психоаналитических сеансах «модельные сцены» в смысле Лихтенберга (Lichtenberg, 1989, S. 253 и далее) совместно анализируются, и выявляется то, что за ними действительно кроется;
8) сопротивления понимаются в смысле обоснованного и мотивированного протеста («доказуемых аверсивных мотиваций»), а не как видимое сопротивление[1];
9) интерпретации по возможности понимаются и истолковываются с точки зрения пациента;
10) воздействие интерпретаций непрерывно оценивается и используется для достижения успеха психоаналитического процесса.

В терапевтическом процессе на эти десять принципов обращают особое внимание (Kutter et al., 2006), хотя их применение может различаться в зависимости от типа расстройства самости. Техника психологии самости всегда близка к пациенту: пациента внимательно слушают, следуют за его ассоциациями и пытаются наилучшим образом поддерживать сотрудничество обоих участников процесса. Если в результате недопонимания со стороны психоаналитика процесс прерывается (например, нарциссическим избегающим поведением пациента), то они совместно ищут причины этого перерыва (это могла быть невольная обида пациента на определенную интерпретацию на предшествующем сеансе), чтобы как можно быстрее восстановить процесс (Wolf,1966, S. 145 и далее). Переносы самости на объекты, воспринимаемые не как отделенные

[1] Психология самости, по сути дела, отказалась от теории сопротивления, сопротивления Оно, Я и Сверх-Я пациента его бессознательным конфликтам, психоанализу и психоаналитику, интерпретациям и т. д. Скорее, она считает, что то, что в клинической ситуации воспринимается как сопротивление, на самом деле является понятной аверсивной, т. е. справедливо агрессивной, отвергающей установкой, позицией пациента, направленной против ошибок, нечуткости и т. п. аналитика. Такая мотивация вполне оправданна, так как при этом речь идет о протесте против своего рода грубости психоаналитика. – *Прим. Т. Мюллера.*

от самости, а как входящие в самость, как необходимые для обеспечения стабильности и когерентности самости, т. е. особые аспекты «вчувствования» и отзывчивости, которых пациент бессознательно ожидает от аналитика, прорабатываются в первую очередь. В переносе и контрпереносе собственный вклад психоаналитика учитывается особым образом и используется для оптимизации терапевтического процесса (Ornstein, 2000, S. 57). При этом в веренице «моментов встреч или моментов настоящего» особенно важны так называемые «моменты сейчас» (Stern, 2004): аффективно сильно нагруженные паттерны, которые спонтанно проявляются в переносе и контрпереносе – аналогично так называемым «вспышкам» (flash)[1], по Энид Балинт (Balint & Norell, 1975, S. 58). Во время психоаналитического сеанса одна из пациенток вдруг встает и смотрит на женщину-психоаналитика широко раскрытыми глазами. Та тоже реагирует спонтанно и говорит: «Привет!» Пациентка впервые почувствовала, что ее поняли, и с этого момента начинает работать намного активнее, чем раньше. Классическая интерпретация (например, что-то вроде: «Что заставило вас так себя вести?») в данном случае могла бы лишить психоаналитика шанса, предоставляемого настоящим моментом.

В качестве критики терапевтических принципов психологии самости можно спросить, а будут ли при такой «удобной для пользователя» технике (Lichtenberg, 1995, S. 124) происходить изменения у пациентов с тяжелыми расстройствами в том виде, как это описано, например, у Кернберга (Kernberg, 1984). Сам он давал на этот вопрос отрицательный ответ (личное сообщение, Сантьяго де Чили, 30 июля 1999 г.). Психоаналитики, ориентированные на психологию самости, говорят «да» даже в случае психосоматических и психотических расстройств (Milch, 2001). Еще остается открытым вопрос: а может быть, с помощью последовательной, отслеживающей состояние пациента техники можно избежать некоторых катастрофических разыгрываний в том виде, в котором они чуть ли не регулярно проявляются в современной Кляйнианской школе. К сожалению, пока еще не провели сравнительного исследования результатов отдельных методов, применяющихся в различных психоаналитических школах.

Бион (Bion, 1962) разработал модель психоаналитического процесса, которая опирается на самые ранние взаимоотношения матери и маленького ребенка и которую называют моделью контейнер – контейнируемое. Равнораспределенное («равномерно парящее») внимание психоаналитика и то, что Бион назвал «rêverie» (см. главу II.5.2), позво-

[1] Молниеносное понимание складывающихся взаимоотношений, используемое для диагностики и краткосрочной (фокальной) психотерапии. – *Прим. ред.*

ляет матери, а потом и психотерапевту, принять в себя эмоционально не «переваренный», не репрезентированный психически и несимволизированный, фрагментированный и спроецированный «опыт» младенца (и, соответственно, пациента), психически «переварить» этот опыт, тем самым придав ему смысл и значение, чтобы после этого в качестве следующего шага начать дозированно возвращать его, чтобы таким способом обеспечить его трансформацию и модификацию. Пациент, подобно младенцу, бессознательно проецирует «непереваренные» переживания в аналитика, которые тот, словно контейнер, принимает в себя, активно «переваривает» и одновременно как бы психически метаболизирует их, прежде чем вернуть пациенту в речевой форме. Тогда пациент может точно так же идентифицироваться с отдельными «переваренными» содержаниями, как и с этой функцией контейнирования и трансформации. Поэтому, как считает Стайнер (Steiner, 1993), решающее значение имеет то, что психоаналитик создает для пациентов, проецирующих части самости и объектов и находящихся на параноидно-шизоидной позиции, некое психическое пространство, из которого эти спроецированные и фрагментированные образы самости и объектов можно реинтегрировать, взять обратно. Так запускается процесс скорби, приводящий к душевному росту. С этих позиций психоаналитический процесс заключается, прежде всего, в систематической проработке в переносе бессознательных фантазий и выражающихся в них внутренних объектных отношений, которые могут носить, с одной стороны, характер желаний, а с другой – защит.

В соответствии с психологией Я (Greenson, 1974), напротив, в центре развития терапевтического процесса традиционно находятся мотивированные со стороны Сверх-Я защитные механизмы, а также страхи и особенно бессознательное чувство вины. С позиций современной структурной теории (Gray, 1994; Busch, 1993), аналитический процесс служит, прежде всего, для анализа защит, и в этом процессе, следуя совету Фенихеля, всегда нужно учитывать интеграционные возможности Я, так что он должен идти от поверхности вглубь, уделяя особое внимание содержаниям страха. Основную роль здесь играют анализ сопротивления и анализ бессознательных сопротивлений Сверх-Я. По мнению этих авторов, интерпретация защит и страха приводит к активации интернализованных объектных отношений в переносе, который постепенно может быть «распутан» с помощью интерпретационной проработки.

Британская группа независимых психоаналитиков, на которую оказали особое влияние идеи А. Фрейд, Фэрберна и Винникотта (Rayner, 1991; Stewart, 1992), делает акцент на поддерживающей функции психоаналитика в психоаналитическом процессе, на значении предэдипального и травматического опыта в возникновении тяжелых

психических заболеваний, ставя в центр психоаналитического процесса терапевтическую регрессию. Регрессия должна служить, прежде всего, для предоставления пациентам некоего переходного пространства, в котором они смогут сформировать свою «истинную самость». Психология самости, напротив, считает, что психоаналитик в психоаналитическом процессе должен устранить ранние дефициты, давая пациенту возможность структурного роста. Нарратологическая концепция аналитического процесса исходит из двух условий: во-первых, предполагается, «что цель психоаналитической работы – содействие пациенту в умении начать новое повествование; второе основное предположение гласит, что уместен любой рассказ, если только он отличается достаточной когерентностью (связанностью)» (Reeder, 2005, S. 23). Ридер четко показывает, что эта нарратологическая концепция была принята и усовершенствована интерсубъективистской и интерперсональной парадигмой (о критике интерсубъективистской парадигмы см.: Paniagua, 1999).

6.2. Дебаты о техниках, применяемых в разных школах

Ввиду первостепенной важности психоаналитического процесса и психоаналитической ситуации для выбора психоаналитического метода, специфические технические рекомендации ориентируются не только на структуру личности, но также и на состояние самого психоаналитического процесса. По этому поводу в психоанализе ведутся горячие споры, которые только отчасти обусловлены принадлежностью оппонентов к разным школам и их приверженностью той или иной клинической теории. Так, например, по вопросу лечения психозов развернулась дискуссия о месте и значении интерпретаций, а также о том, не являются ли реальные терапевтические межличностные отношения, находящиеся за рамками толкования, не просто необходимым условием, но и в значительной степени лечебным фактором. Дискуссии вызывает и вопрос, должен ли психотерапевт при лечении психозов сосредоточиваться исключительно на проработке динамики невротического конфликта или же можно и даже показано прорабатывать психотический отрицательный и положительный перенос (Lempa, 1992; Schwarz & Maier, 2001; Müller, 2008). Активные дискуссии ведутся и относительно терапии психосоматозов (Ermann, 2004; Zepf, 2006), перверсий (De Masi, 2001, 2003b) и перверсных нарушений характера (Stein, 2005; Filipini, 2005), а также травматических расстройств (Fischer & Riedesser, 1998).

По поводу нарциссических расстройств личности была развернута жаркая дискуссия между Кернбергом и Кохутом (касавшаяся в том числе и технической процедуры), показательная для многочисленных

споров, где также даются различные оценки контпереноса (см. главу IX.5.3). Так, Кохут в работе с нарциссическими личностными расстройствами рекомендует:

> «допускать формирование у пациента нарциссической идеализации его личности <…> не мешая этому преждевременной интерпретацией или соображениями о связи с реальностью. Это способствует постепенному проявлению зеркального переноса. Пациент, с помощью аналитика как объекта самости и благодаря процессу преобразующей интернализации, по-новому переживает прежний травматический опыт с более зрелой психикой и приобретает новые психические структуры. Аналитик должен проявлять элементарную эмпатию, он должен сосредоточиться, скорее, на нарциссических потребностях и фрустрациях пациента, чем на производных влечений и на конфликтах, которые в периоды нарциссической фрустрации выходят на поверхность в аналитической ситуации» (Kernberg, 1984, S. 268).

Так как, по мнению Кохута, нарциссическое расстройство личности обусловлено несостоятельностью окружающих и внешней среды, прежде всего первичного материнского объекта, и проявляется прежде всего в нарушении развития процессов идеализации, которые переходят в остановку развития и приводят к фиксации на уровне архаической величественной самости, то психоаналитику приходится предоставлять себя в распоряжение пациента в качестве объекта самости. Это же относится к зеркальному, а также к идеализирующему переносу.

Кернберг, напротив, на основе совершенно иной теоретической концепции нарциссической величественной самости, интерпретирует ее защитно-оборонительные функции, направленные против параноидных, исполненных зависти переживаний, а также чувств, пережитых при разлуках. Ведь, по мнению Кернберга, структурирование переноса нарциссической величественной самостью бессознательно используется для того, чтобы и дальше препятствовать включению в психический опыт самости параноидных и особенно депрессивных частей самости и объектов, а также внутренних объектных отношений. Как и Кохут, Кернберг рекомендует дать нарциссической величественной самости возможность полностью сформироваться (либо в виде самоидеализации, либо в виде идеализации объекта), а затем интерпретировать эту защитно-оборонительную функцию, особенно попытки всемогущего контроля зависимой части самости, обычно проецируемой в аналитика. В лечении нарциссических расстройств личности встречаются следующие характерные сопротивления: параноидные регрессии, идеализация своей предполагаемой автаркии (независимости) и обесценивание любых объектных отношений, направленных на зависимость (депрессивная позиция), а также на триангуляцию.

Подобная дискуссия по поводу технической процедуры лечения ведется и применительно к группе пограничных расстройств личности (Kernberg et al., 1999). Так, Кернберг рекомендует следующий технический регламент:

- однозначный терапевтический контракт и задание психоаналитических рамок для ограничения действий, представляющих угрозу личному существованию;
- систематический анализ защитного механизма расщепления образов самости и объектов на только добрые и только злые варианты;
- сосредоточение терапевтической работы на систематическом анализе переноса;
- попытки генетической конструкции и реконструкции биографии пациента необходимо предпринимать лишь на более поздних стадиях анализа;
- при регрессиях переноса с микропсихотическими эпизодами основное внимание в терапевтической работе следует уделять прояснению реальности в ситуации «здесь и сейчас».

«Первым делом нужно постараться <…> реконструировать природу примитивных частичных объектных отношений, активировавшихся в переносе. Терапевт с помощью интерпретаций трансформирует <…> бессмысленность, пустоту и хаос, ощущамые в переносе <…> в эмоционально значимые, хотя и сильно искаженные, фантазийные отношения переноса. В качестве второго шага терапевт соответствующим образом разрабатывает эти формирующиеся в переносе преобладающие объектные отношения, участвующие в них представления самости и объекта, и проясняет аффект, относящийся к взаимодействию самости и объекта. Терапевт может быть одним из аспектов диссоциированной самости и/или одним из аспектов примитивного объектного представления пациента; кроме того, пациент и терапевт могут обмениваться своими ожившими репрезентантами самости и объектными представлениями. Эти аспекты представлений самости и объектных представлений нужно интерпретировать, а соответствующие внутренние объектные отношения должны быть прояснены в переносе. В качестве третьего шага необходимо интегрировать особые, активированные в переносе частичные объектные отношения с другими частичными объектными отношениями, которые отражают иные, родственные или противоположные, диссоциированные в целях защиты частичные объектные отношения, пока реальная самость пациента и его внутренние объектные представления не смогут быть интегрированы и консолидированы» (Kernberg, 1984, S. 158 и далее).

Стайнер, наоборот, подчеркивает защитную функцию нарциссической структуры, направленную против депрессивных и параноидных стра-

хов, и считает особенно важной проработку конфликтов, связанных с чувством стыда (Steiner, 2006), когда пациент пытается освободиться от этих защит. Другие же авторы основное значение в лечении придают учету травматического опыта, полученного пациентом в раннем детстве (Sachsse, 1993; Dümpelmann, 2001).

6.3. Терапевтические стратегии и подходы при структурных дефицитах

Так как же лечить пациентов со структурными расстройствами? Ответ: в каждом случае для каждого вида подобного расстройства требуется применение процедуры, подходящей именно для данного пациента. При этом с помощью ОПД намечаются соответствующие цели. План лечения по возможности должнен быть увязан с патологией. При этом интерпретации бессознательных процессов подходят в меньшей степени, чем «отражающее описание» или «эмоциональный ответ». Рудольф (Rudolf, 2004, S. 3) говорит о «существенно модифицированной форме психодинамической (т. е. основанной на психоанализе) терапии». Традиционный психоаналитический подход (свободные ассоциации и равнораспределенное – «равномерно парящее» – внимание, перенос и контрперенос) может оказаться даже контрпродуктивным. Особенно это относится к «кляйнианскому психоанализу» (там же, S. 104), который при работе со структурными дефицитами вообще не учитывает специфики ситуации, связанной с психическим развитием, а именно неспособностей пациентов, обусловленных их психической структурой. Было бы ошибкой ожидать на подобных лечебных сеансах появлений фантазии. В этом случае мы как раз скатились бы на позицию матерей и отцов, которые не только не дают своим детям самого необходимого, но и, не дав ничего, ожидают от детей, что те дадут им что-то взамен.

Из-за отсутствия психодинамики психоаналитическое лечение пациентов с дефицитами должно выглядеть иначе, чем лечение неврозов. Мы предлагаем хотя бы в перерыве между отдельными сеансами время от времени задумываться над тем, какие особые структурные способности в данном случае сформированы и развиты, а какие отсутствуют. Ряд авторов исходит из следующего положения: у пациенов, страдающих структурными дефицитами, специфические психические структуры, как это обычно бывает при дефекте, вообще не развиты или их развитие остановилось очень рано. Поэтому эти авторы предполагают, что в таких случаях существует психический дефицит и отсутствует психодинамика. Но все-таки даже у таких пациентов могли сформироваться определенные структурные способности, т. е. специфические

функции Я или интернализованные объектные отношения, которые психогенетически относятся к самым ранним стадиям развития. Терапевт должен использовать это для оптимизации лечения, например поддерживая имеющиеся ресурсы и активно поощряя их развитие. Хотя психоаналитический процесс как таковой со свободными ассоциациями пациента и равно распределенным (равномерно парящим) вниманием психоаналитика в принципе может оставаться в рамках классической психоаналитической техники, в случаях со структурными дефицитами зачастую требуется специальная ее модификация. Рудольф (там же, S. 136 и далее) даже рекомендует для этого специальное руководство, на которое могут ориентироваться сторонники «психодинамической психотерапии, основанной на структурном подходе». В ней, в зависимости от функционального уровня, будут изменяться:

1) психоаналитическая позиция: разделение точки зрения пациента, контейнирование, положение позади пациента или рядом с ним, отражение его восприятия, ощущений и наблюдений;
2) цели: принятие самого себя, ответственность и собственное изменение;
3) интервенции: вместо интерпретаций – отзеркаливание того, что психоаналитик эмпатийно воспринимает в пациенте и испытывает в своем контрпереносе. К интервенциям относятся также стимулирование, уточняющие вопросы, приглашение к саморефлексии, гипотезы по поводу противоречий и пробелов в ассоциациях пациента, а также объединение разрозненных частей опыта пациента (там же, S. 151). Эти интервенции могут быть сфокусированы на определенных проблемах в зависимости от того, идет ли речь о представлении пациента о себе, об аффектах, о восприятии объектов или реакциях других людей. При этом различают следующие уровни отношений: когнитивный, регуляторный и аффективный. Так получается целый набор различных структурных расстройств, а именно: наряду с известными невротическими расстройствами с хорошим структурным уровнем бывают расстройства с отдельными дефицитами, чисто структурные расстройства с характерологической защитой[1], структурные дефициты на низком и на дезинтегрированном уровне. Тогда в каждом конкретном случае, учитывая структурный подход, аналитик и будет выстраивать свою стратегию в лечении пациентов.

[1] Механизм защиты личности, сформировавшийся в результате опыта ее взаимодействия с фрустрирующими ситуациями внешней среды, а также с учетом личностных свойств индивида. – *Прим. ред.*

Кроме того, при структурных дефицитах есть еще следующие методические возможности:

1) классической технике предшествует стадия поддерживающей техники (техники, поддерживающей Я пациента) (Schöttler, 1981);
2) техника так называемой «интерпретации процесса» (Plassmann, 2004) в первую очередь ориентируется на состояние процесса с учетом силы Я и состояния защит и лишь во вторую очередь – на бессознательные содержания (в противоположность обычной интерпретации содержания);
3) техники, включающие работу с телом пациента: при их использовании оно непосредственно включается в психоаналитическую работу (Geißler, 2003; Kutter, 2001; Moser, 1989; Trautmann-Voigt, 2007);
4) сочетание нескольких методов часто позволяет достичь большего результата, по сравнению с использованием одного метода.

Новые оргинальные методы, например, такие, как телесно ориентированные, могут применяться наряду с психоанализом или чередуясь с ним. Так, можно сочетать вербальные и телесные методы терапии, причем возможно их параллельное использование – либо разными терапевтами, с временны́м и пространственным разделением, либо в личном терапевтическом альянсе с одним и тем же терапевтом. При этом можно добиться не только новых инсайтов, но и приобрести «новый эмоциональный опыт корректировки» (Alexander & French, 1946).

6.4. Современные тенденции: дивергенция и конвергенция техник

Сейчас в значительно большей степени заметна тенденция к конвергенции психоаналитических техник, чем тенденция к их дивергенции. Это утешительно. Все психоаналитики считают непреложными следующие принципы: работа в ситуации «здесь и сейчас» и фокусировка на эмоциональных переживаниях. Это открывает множество прекрасных возможностей выйти на бессознательное, и в данной книге мы обсуждаем их все: анализ сновидений, перенос и контрперенос. Расхождения касаются значения, которое придается реальным отношениям по сравнению с отношениями переноса, важности терапевтических целей по сравнению с интерпретацией сопротивления, эмпатии по сравнению с проективной идентификацией, нарративной правде (содержащейся в рассказе пациента) по сравнению с исторической правдой. Все это заслуживает отдельного обсуждения.

Если в историческом обзоре мы перечислили четыре главных психоаналитических направления: 1) Фрейд; 2) Кляйн–Бион: 3) Винникотт и 4) психология самости, – то Кернберг (Kernberg, 2001) и Валлерштайн (Wallerstein, 2006) объединяют фрейдистов, кляйнианцев и приверженцев Винникотта в одно общее направление. Для этого направления, мэйнстрима современного психоанализа, характерны следующие особенности: ранняя интерпретация переноса, тоталистическая концепция контрпереноса, систематический анализ личности, фокусировка на разыгрываниях, доминирующая роль аффектов, фантазийные объектные отношения, нейтральность и триангулярная модель. Второе направление, объединяющее сторонников интерсубъективистско-интерперсонального подхода и психологии самости, использует перенос с конструктивистских позиций, делает акцент на эмпатии, принимает модель дефицита, ставит под сомнение главенствующее значение влечений и уделяет большое внимание новым реальным отношениям. Французские аналитики идут третьим путем, когда они вслед за Лаканом обращают дополнительное внимание на лингвистические аспекты психоаналитического дискурса, прямо интерпретируя как символизировавшиеся конфликты, так и досимволические феномены, фокусируются на сексуальности и подчеркивают роль après coup (принципа последействия).

В ходе развития все названные современные направления, к которым мы добавим еще и четвертое – психоаналитическую психологию самости, – взаимно обогащали друг друга.

Вся международная психоаналитическая ситуация, как в историческом, так и в организационном плане, отражена в «Международном справочнике по психоанализу» (Psychoanalysis International) – своего рода путеводителе по разным странам (Kutter, 1992/1995). Увлекательную историю послевоенного развития психоаналитического института на местах в ходе «интернационализации» психоанализа (Schröter, 1999) описал Куттер на примере Штутгарта и Тюбингена (Kutter, 2006).

7. Интерпретация

7.1. Выбор правильного момента

О выборе правильного момента вспоминаешь всегда, когда происходят сбои в аналитическом процессе. Интерпретация, данная в нужный момент и в подходящей речевой форме, когда «пышным цветом расцветают» сопротивление и перенос, становится важным инструментом

изменений. Стрейчи (Strachey, 1934) наделяет ее способностью к скачкообразному изменению, которое происходит, если интерпретация прямо называет фактическое событие, происходящее между анализандом и психоаналитиком в переносе и контрпереносе, помогая пациенту прийти к новому инсайту. Напомним приведенный выше пример (глава IX.5), когда пациенту была дана интерпретация, что он злится, собственно говоря, не на плохое обслуживание своего автомобиля, а на аналитика, который, с его точки зрения, плохо заботится о нем.

7.2. Понимание и разъяснение

Цель интерпретации – сделать неясное ясным, неизвестное – известным, скрытое – открытым, а спрятанное в темноте вывести на свет. Интерпетация психоаналитика должна быть понятной пациенту, помогая тому прийти к инсайту и обрести смысл происходящего. Тем самым к интерпретации предъявляются высокие требования, выполнить которые удается далеко не всегда. Напомним о споре на тему, является ли психоанализ все-таки герменевтической, т. е. понимающей и интерпретирующей, наукой, или же он лишь проверяет естественно-научные гипотезы (см. главу III). Мы пришли к выводу, что верно и то и другое. В пользу этого утверждения свидетельствуют некоторые факты: оба подхода всегда были представлены в истории психоанализа, пусть и не всегда с четкой расстановкой акцентов. Да и у самого Фрейда мы находим достаточно аргументов в пользу обеих точек зрения. В описываемых им случаях из практики он следует за своими пациентами по «извилистым тропам» их ассоциаций и пытается «отгадать» по ним скрытый смысл их симптомов, сновидений и оговорок (Freud, 1937d, S. 45). Но одновременно Фрейд пытается также научно обосновать то, о чем ему удалось догадаться.

У психоаналитического метода, как у медали, две стороны: одна – понимающая, другая – объясняющая. С позиции понимания, психоаналитик пытается настроиться на личность и историю жизни пациента, чтобы понять его во всей его уникальности и неповторимости. Когда пациент говорит о любви и ненависти, психоаналитик пытается поставить себя на его место, припоминая пережитые им самим ситуации, когда он испытывал любовь и ненависть. Это позволяет психоаналитику понять другого человека. Правда, на достижение этой цели требуется время. Но чем глубже психоаналитик погружается в переживания пациента, чем дольше он этим занимается, тем больше вероятность того, что ему все-таки удастся понять пациента. Если психоаналитик в своей жизни пережил нечто подобное, говорит на том же языке, имеет примерно такое же происхождение, это очень облегчает понимание.

Но если психоаналитик чрезмерно ориентируется на свои личные переживания, есть опасность, что он слишком удалится от того, что занимает пациента, и слишком рано решит, что понял, о чем идет речь.

С позиции объяснения, психоаналитик учитывает закономерности, например, думает о психическом развитии, о стадиях, которые в большей или меньшей степени одинаково проходят все люди: это рождение, зависимость младенца от матери и постепенное отделение от нее, встреча с третьим лицом (такими фигурами, как отец, братья и сестры, бабушки и дедушки), потенциальная конфликтность подобной тройственной констелляции, вхождение в различные группы и уход из них, знакомство с другими людьми, проработка этих встреч и т. д. Под влиянием этой установки психоаналитик может соотнести с положениями психологии развития преобладающее поведение, образ мыслей и чувства пациентов (Tyson & Tyson, 1990), тем самым делая попытку их научного объяснения. Но как же это происходит?

Мы можем проследить ход беседы аналитика и анализанда по магнитофонным записям, составить дословный протокол беседы, а этот письменный документ исследовать с помощью самых разных научно-исследовательских методов. Психоаналитики делают это точно так же, как специалисты по коммуникации, лингвисты, социологи и специалисты по социальным наукам.

Но то, что происходит в душе самого психоаналитика, прежде чем он найдет нужную интерпретацию, стали изучать только сейчас. В свое время Клаубер (Klauber, 1980) указывал, что при возникновении трудностей на аналитическом сеансе нужно проявлять творческий подход и спонтанность. Энцо Кодигнола (Codignola, 1986) в книге «Истинное и ложное» пытается решить проблему психоаналитической интерпретации, разрабатывая ее имплицитную логику. Я. А. Арлоу (Arlow, 1986) говорил о «внутреннем» диалоге психоаналитика как реакции на высказывания пациента. Такой диалог – это вполне оправданная подготовка интерпретации. Один из авторов данной книги (Kutter, 1989) предложил для этого диалога следующую схему.

7.3. Шесть ступеней познания во внутреннем диалоге психоаналитика

Итак, в рассматриваемом нами достаточно трудном вопросе внутреннего диалога речь идет о том, что в формулировке Адольфа-Эрнста Майера (Meyer, 1981) слегка пренебрежительно называется «акустический зазор (или промежуток)», поскольку внутренний диалог, в отличие от внешнего, проявляется на магнитофонных записях как пауза.

У нас нет инструментов для учета внутренних процессов, происходящих в психике аналитика. Поэтому нам приходится довольствоваться косвенными выводами об этих процессах. Лучше всего это удастся сделать, если психоаналитик честно позволит превратить себя в предмет исследования, как можно точнее вспомнив все, что происходило с ним в это время, и если он расскажет об этом максимально откровенно и достоверно.

Разделить психоаналитический метод на отдельные ступени познания – предприятие довольно смелое и наверняка вызовет критику коллег. В ежедневной практике они, вероятно, также идут не в той последовательности, как представлено здесь из дидактических соображений, а проявляются творчески и одновременно.

Первая ступень состоит в том, что все, что исходит от пациента, просто воспринимается. Соответствующие исследования представлены психологией восприятия. Важнейший результат этих исследований таков: мы все воспринимаем из окружающей среды лишь малую долю того, что на нас воздействует. Кроме того, мы видим воспринятое с совершенно определенной перспективы в зависимости от того места, где мы находимся. И наконец, из воспринятого нами мы выбираем то, что нам знакомо, чему мы научились, что мы ожидаем.

На второй ступени аналитик делает попытку проработать воспринятое, т. е. в рамках психоаналитического метода понять: каково это было бы – самому оказаться на месте пациента, почувствовать и испытать то, что он переживает, вести себя в этом положении так же, как он. Если это удастся, то можно будет составить предварительное представление о том, что происходит с пациентом. При этом ясно, что собственный богатый жизненный опыт повышает вероятность понимания того, что происходит с другим человеком. Ничто человеческое психоаналитику не должно быть чуждо, т. е. он должен хоть в какой-то степени пережить различные межличностные конфликты: процессы расставания, любовь и ненависть, господство и подчинение, должен знать, что такое «давать» и «брать». Психоаналитик должен также пережить опыт ревности и зависти, успеха и неудач, радости и печали – всего спектра возможных человеческих переживаний, включая и такие скрытые желания, как сексуальное обладание матерью или отцом и устранение отца или матери. Здесь мы говорим об эмпатийной компетентности (Kutter, 1981).

Третья ступень является подлинно психоаналитической в противовес первым двум, для которых не нужно никаких особых специальных условий. На третьей ступени познания в игру вступают «желания и сопротивление», а также «перенос и контрперенос». Здесь, наряду со способностью адекватно оценивать желания и сопротивление пациента, вступает в действие способность психоаналитика реагировать

на перенос пациента в форме контрпереноса. Как и эмпатийная компетентность, это еще один важный инструмент восприятия в арсенале психоаналитика. Причем процесс реагирования на перенос пациента разыгрывается между пациентом и аналитиком в горизонтальном измерении. В идеальном случае психоаналитик оказывается в состоянии соответствующим образом реагировать на все действия со стороны пациента: как на презрение, так и на соблазнение, как на прямые нападки, так и на замаскированные враждебные действия, как на отвержение, так и на дружелюбное внимание, как на боязливый отказ, так и на назойливое сближение.

Если прибегнуть к сравнению со струнным инструментом, то в психоаналитике, образно говоря, всегда звучат только те струны, которые «затрагивает» или «теребит» пациент. Это «музыкальное» сравнение дает возможность показать, насколько важно, чтобы у психоаналитика, во-первых, были в наличии соответствующие струны, а во-вторых, чтобы они зазвучали. Как и среди музыкальных инструментов, наверняка существуют и «экземпляры» психоаналитиков с большим количеством струн, готовых «завибрировать», но есть и такие, у которых струн меньше, да и те, возможно, «плохо настроены». Психоаналитик должен уметь реагировать на действия пациента, как чувствительный датчик или измерительный зонд, реагирующий на соответствующие раздражители, подобно тому, как это делают наши внутренние органы.

Четвертая ступень представляется наиболее трудной. На этом этапе нужно объединить три предшествующие ступени, чтобы получился некий предварительный синтез. В результате получается предварительный «внутренний образ» пациента. Этот «внутренний образ», который складывается у психоаналитика на основе процессов, происходивших до этих пор, конечно, может оказаться весьма субъективным и соответствовать, скорее, фантазии, чем действительности. На него вполне могут оказать влияние собственные ожидания психоаналитика, его тревоги и избегающие позиции. Тем самым этот «внутренний образ» неизбежно несет в себе сильный заряд субъективности, т.е. обладает довольно низкой объективностью.

Возникающий в результате состоявшегося взаимодействия между пациентом и аналитиком образ будет зависить от основной установки психоаналитика, а также от его мировоззрения и представления о человеке (Kutter et al., 1998). Эта основная установка, которая независима от пациентов и относительно постоянна для отдельно взятого психоаналитика, имеет некоторую связь со школой и направлением. Так, одни аналитики, предпочитающие теорию травмы, последователи Мэйсона, автора книги «Что же с тобой сделали, бедный ребенок?» (Masson, 1984), видят в пациенте скорее жертву; другие, ориентируясь на теорию вле-

чений, видят в пациенте скорее преступника, который всегда стремится что-то натворить, провести и обмануть психоаналитика.

Тем важнее роль *пятой ступени*, так как на ней то, что было проработано и превратилось во «внутренний образ», сравнивается со своего рода «внутренней программой» психоаналитика. При этом речь идет о программе, которая сложилась из установок, полученных во время обучения, и охватывает всю информацию, необходимую для упорядочения воспринятых вербальных и невербальных сигналов. Таким образом, под влиянием взаимодействия с пациентом возникший на четвертой ступени предварительный образ может быть соответствующим образом классифицирован, а при необходимости и исправлен. В понятийном инструментарии психоаналитика хранятся, прежде всего, паттерны вазаимодействия, а также соответствующие формы страха и защитные процессы, например триангулярные модели взаимодействия и дуальные формы отношений, которые могут быть либо эротически заряженными, либо агрессивно-напряженными. Такая внутренния программа психоаналитика может предоставить в его распоряжение категориальную систему, в которой он сможет проверять горизонтально воспринятые раздражители в отношении вертикальной размерности. В зависимости от того, в каком месте системы возникнет реакция, можно будет сделать вывод о соответствующем раздражителе.

Конечно, внутренняя программа аналитика специфически реагирует (или, по крайней мере, должна была бы так реагировать) на те конфликты, с которыми данный конкретный пациент сталкивается в настоящий момент. На профессиональных возможностях аналитика сказываются, во-первых, жизненный опыт, и, во-вторых, обучающий анализ: чем интенсивнее аналитик «на собственной шкуре» переживал интерпретируемые отношения вместе с соответствующими страхами и защитными процессами и чем лучше он проработал их в своем учебном анализе, тем скорее он сможет рассортировать принятые сигналы и понятийно разобраться в них с использованием хранящейся в его памяти категориальной системы.

Шестая ступень как бы встраивает дополнительный «предохранитель», позволяющий психоаналитику еще раз перепроверить полученный ранее образ пациента. В этом ему помогает психоаналитическая теория (теория личности и учение о болезнях), которая не зря занимает такое большое место в нашей книге. Если психоаналитик прошел упомянутые до этого пять ступеней познания во многом без обращения к психоаналитической теории, то на шестой ступени он (сознательно или неосознанно) вынужден обратиться к психоаналитической теории, чтобы прийти к интерпретации происходящих событий.

Во «внутренней программе» психоаналитика не только содержится информация о совершенно определенных интеракциях, соответст-

вующих формах страхов и защитных процессах, но и хранятся данные теории личности и учения о болезнях, а также положения психоаналитической психологии развития. И теперь, с учетом уровня развития пациента, он может еще лучше оценить то, что с ним происходит. На этой ступени прежнее понимание образа пациента можно сравнить с теоретическими положениями, например с представлениями об отдельных стадиях психосексуального развития, с идеями о репрезентантах самости и объектов, а также с представлениями о функциях и структурах Я. При этом обычно удается еще раз перепроверить совершенно определенные причинно-следственные связи между симптомами и спровоцировавшими их конфликтами. Таким способом события из непосредственной практики психоаналитических сеансов теоретически обобщаются и проверяются на соответствие важным частям психоаналитической теории. При этом психоаналитическая теория и практика либо подтверждают, либо опровергают друг друга.

Шестая ступень познания, в отличие от пяти предыдущих, развертывается скорее между отдельными сеансами, чем непосредственно на психоаналитической сессии. В этот период дистанция между психоаналитиком и пациентом увеличивается и психоаналитик лучше сможет не только эмоционально настроиться на пациента, но и размышлять о нем (учитывая когнитивный аспект). Также лучше устанавливаются логические взаимосвязи между некоторыми наблюдениями в контрпереносе, с одной стороны, и определенными теоретическими знаниями – с другой. Благодаря этому проясняются и объясняются остававшиеся до тех пор непонятными феномены. В особо трудных для понимания и объяснения случаях очень помогают психоаналитические семинары, посвященные разбору клинических случаев. Там психоаналитик может рассказать коллегам о реальных трудностях, которые он испытывает в работе с конкретным пациентом, а их идеи и объяснения помогут расширить его собственное понимание этого случая.

Внимательный читатель, видимо, уже успел заметить, что первые четыре ступени познания соответствуют герменевтической стороне метода и только две последние (пятая и шестая) – номотетической его стороне, общим закономерностям в том виде, как они представлены в психоаналитической теории личности и учении психоанализа о болезнях. Тем самым отдельные ступени познания представляют собой единый процесс, в котором интегрируются обе существующие отдельно части психоаналитического метода: герменевтическое понимание и логическое объяснение одного и того же явления.

В завершении, после устранения «акустического зазора», результатом многоуровневых процессов восприятия и осознания, происходящих в психоаналитике, будет *седьмая ступень* – произнесенная им вербальная интерпретация. При этом мы говорим об интерпретации

сопротивления, если указывается на наличие сопротивлений, их формы и причины. Интерпретации же переноса – это такие интерпретации, в которых мы даем толкование актуального переноса в отношениях с психоаналитиком, как, например, в случае пациента, недовольного обслуживанием в автомастерской (см. главу IX.5.2).

7.4. Проверка убедительности интерпретации

Пациент может весьма по-разному реагировать на интерпретацию. Он может согласиться и сказать: «Да, так оно и есть, я об этом тоже иногда думал, мне это понятно». Но он может и сказать: «Это меня не убеждает, я этого не понимаю, просто не могу в это поверить». И все-таки, исходя из концепции «желания и сопротивления»[1], психоаналитик и в этом случае может допустить, что его интерпретация была правильной, если посчитает, что внутреннее сопротивление мешает пациенту признать верность интерпретации.

Так тоже бывает, но не всегда. Часто именно пациент бывает прав, если какая-либо интерпретация его не убеждает. Тогда не остается ничего другого, как методом «проб и ошибок» попытаться найти другие возможные интерпретации событий.

Зоммер (Sommer, 1987) назвал следующие критерии проверки правильности интерпретации для качественных научных исследований в психотерапии:

1) критерий когерентности, который означает, что интерпретация кажется связной, складной, «когерентной», а потому убедительной;
2) критерий практики, состоящий в том, что интерпретацию удобно использовать на практике, т. е. пациент может превратить ее в реальный жизненный опыт;
3) критерий проверки диалогом, который означает, что оба участника психоаналитического процесса соглашаются с правильностью интерпретации и приходят к консенсусу.

Как показывает накопленный опыт психоаналитической работы, существуют и другие критерии правильности интерпретации: это видимые изменения, наступающие сразу же вслед за интерпретацией, например новые ассоциации, неожиданные развороты в процессе пе-

[1] Имеется в виду модель конфликта, модель защиты от влечений. Согласно этой модели, в терапевтической ситуации мы имеем дело с бессознательными желаниями, неосознаваемым страхом и бессознательным сопротивлением (защитными образованиями), которые в переносе направляются на аналитика.– *Прим. Т. Мюллера.*

реноса, изменившиеся сновидения, другой стиль речи, изменившееся поведение (например, бóльшая настойчивость, стремление добиваться своего) или появление совершенно новых возможностей в межличностных отношениях, которые до этого трусливо избегались или на которые раньше никогда не хватало смелости.

8. Конструкция или реконструкция – вот в чем вопрос

В психоанализе уже давно ведутся интенсивные дебаты о месте и значении субъективных воспоминаний и реконструкций истории жизни в психоаналитическом процессе. Ключевое понятие здесь – «Конструкции против реконструкций»; под этим девизом в психоанализе еще со времен поздних работ Фрейда (Freud, 1937d, 1940a) спорят о том, стоит ли всегда или только при лечении определенных групп пациентов добавлять к такому техническому приему, как интерпретация, активные усилия аналитика, направленные на конструкцию истории жизни пациента. Фрейд часто использовал два понятия, конструкция и реконструкция, попеременно и в одном и том же значении; в некоторых местах он определяет конструкцию в узком смысле: аналитик должен активно использовать ее как техническое средство, если интерпретация не приводит к нужному результату – полному воспоминанию с устраненем инфантильной амнезии:

> «Довольно часто не удается добиться от пациента припоминания вытесненного материала. Вместо этого при правильном проведении анализа достигается полное убеждение в истинности конструкции, которая в терапевтическом смысле приводит к тому же результату, что и действительное воспоминание» (Freud, 1937d, S. 53).

Понятые в таком смысле конструкции представляют собой краткий обзор инфантильной истории, вывод о которой психоаналитик, ввиду отсутствия непосредственных воспоминаний пациента, делает опосредованно, на основании очевидности и убедительности клинического материала; в этом отношении конструкции представляют собой вспомогательное средство, поддерживающее пациента в преодолении вытеснения и инфантильной амнезии и способствующее устранению симтомов. Тем самым конструкция и реконструкция взаимно дополняют друг друга. В некоторых современных концепциях понятие «конструкция» иногда, при использовании его в более широком смысле, приравнива-

ется не только к объяснительному изложению инфантильной истории, но также и к интерпретации теперешних бессознательных конфликтов (при этом все равно, было ли это достигнуто с помощью интерпретаций аналитика или инсайтов анализанда). Еще один аспект этой дискуссии связывает интерпретацию с «деконструкцией», усматривая в интерпретации невротически искаженных бессознательных конструкций анализанда (его видение самого себя и своих объектов) поворотный пункт и основное звено всей терапии. С этой точки зрения, реконструкции представляют собой интерпретации исторического измерения бессознательных конструкций. Характер этой дискуссии определяется также принципиальной философской позицией психоаналитика: можно ли разобраться в инфантильной неосознаваемой истории жизни и конфликтов с помощью естественных наук, или же определенные выводы можно сделать лишь с позиции нарратологии или герменевтики?

За прошедшие годы интенсивные дискуссии по этим проблемам велись не только в среде психоаналитиков, но и за ее пределами, с исследователями памяти, представляющими смежные научные дисциплины, такие, например, как биология, физика, медицина, психология, а также гуманитарные науки. В этих дебатах четко выявилось противостояние различных позиций. Опираясь на подход Фрейда, многие психоаналитики видят главные задачи психоаналитического лечения в избавлении от вытеснения, а также в осознании и других защитных структур, включая инфантильную амнезию и обнаружение действительных фактов биографии; при этом они стремятся достичь как можно более приближенной к реальности реконструкции истории жизни пациента, понимаемой не как позитивистское сообщение о неких фактах, а как реконструкцию интрапсихической реальности и инфантильных бессознательных конфликтов с помощью интерпретационной проработки. Это должно не только позволить пробить брешь в навязчивом повторении с его губительными последствиями в виде образования невротических, психосоматических и психотических симптомов, но и привести к появлению субъективно обоснованного чувства идентичности и логичности истории собственной жизни, а также предоставить бóльшую внутреннюю свободу в нынешней жизненной ситуации. Другие психоаналитики считают, что реконструкция внутренней бессознательной реальности – далеко не главное средство достижения структурных изменений. Некоторые из них стоят на позициях «нарратологической концепции» психоаналитического процесса (Спенс, Шефер) и считают, что

«не нужно обнаруживать истину как нечто сокровенное, она всегда бывает вплетена в некое повествование, которое становится правдивым, только будучи убедительным и понятным для пациентов, а оставшиеся несвязанными

нарративные фрагменты жизни только приобретут от этого более связное значение… Таким образом, прояснение жизненной истории невозможно путем вскрытия прошлого, это было бы равнозначно разрушению настоящего. Настоящее и прошлое взаимно создают (конструируют) друг друга» (Bohleber, 2005, S. 5).

Другие авторы, принадлежащие к этой же группе, ссылаясь на хорошо известные клинические факты, считают, что биографические воспоминания в аналитическом процессе, во-первых, сильно зависят от актуальной динамики переноса/контрпереноса, а во-вторых, на них могут оказывать сильное влияние бессознательные потребности защиты от влечений, так что приходится сосредоточиваться прежде всего на анализе реактуализировавшихся в переносе интернализованных объектных отношений в ситуации «здесь и сейчас». Конструкции и реконструкции ситуаций «там и тогда» в этом подходе придается меньшее значение или же не придается вообще никакого значения и не усматривается никакой пользы для успеха лечения. Поэтому в этой концепции лечебного процесса «воспоминаниям пациента о фактах его биографии перестают придавать какую-либо терапевтическую ценность» (Bohleber, 2005, S. 7; см.: Fonagy et al., 1995).

Следует отметить, однако, что обе эти группы психоаналитиков, представленные здесь схематично и в несколько угрубленном виде, отстаивая собственные позиции, приводят данные когнитивных и неврологических исследований памяти (включая достижения биологии, физики, медицины и психологии).

Фрейд широко использовал конструкции и реконструкции во всех описанных им случаях из практики – от «Этюдов об истерии» (Freud, 1895d), «Маленького Ганса» (Freud, 1909b) и до «Вольфсманна (Человека с волками)» (Freud, 1918b). Естественно, что и Фрейда тоже занимал вопрос надежности как биографических воспоминаний пациента, так и конструкций и реконструкций аналитика. Этот аспект дискуссии в последние годы все больше выступает на первый план в связи с огромными достижениями в научных исследованиях памяти; это касается, прежде всего, биографических воспоминаний, связанных с травматическими событиями. Вайс попытался преодолеть дихотомизацию реконструкции и конструкции, а также сосредоточение на ситуации «здесь и сейчас» в аналитическом процессе, отстаивая тезис о том, что в работе с определенными пациентами речь должна идти, прежде всего,

«чтобы с помощью анализа ситуации переноса сконструировать внутреннее пространство пациента еще до того, как будет уместно заняться временнóй реконструкцией. Так что для меня был важен вопрос не о том, нужно ли отдавать предпочтение анализу ситуации „здесь и сейчас“ или „спасению“ вос-

поминания <…> а о том, при каких условиях становится возможным воспоминание вместе с эмоциями и пониманием смысла» (Weiß, 2005, S. 66 и далее).

Результаты исследований младенцев (Dornes, 2000, S. 150 и далее) свидетельствуют о необходимости релятивизации конструктивистского подхода. Один из авторов настоящей книги (П. Куттер) не раз имел возможность убедиться на опыте, что понимание, «сконструированное» совместно с пациентом, оказывалось приемлемым лишь тогда, когда оно своей «внешней когерентностью» соответствовало биографическим фактам. Поэтому он предпочитает не совместную конструкцию, а совместную реконструкцию истории жизни пациента. Так, один из пациентов смог удостоверить подлинность найденного с помощью психоанализа образа отца посредством исторических материалов (фотографий, документов). А другой пациент смог полностью проработать потерю матери, только постояв перед ее могилой, а потом сообщив об этом психоаналитику.

9. Эмпирические исследования в психотерапии

Психоанализ уже давно утратил монополию на исцеление пациентов. В историческом плане психоанализ действительно был первой серьезной школой, обладающей не только убедительной теорией психических расстройств, но и пригодным для практического применения методом их лечения. Сегодня с психоанализом успешно конкурируют многочисленные научно обоснованные методы терапии, например поведенческая (бихевиориальная) терапия, которая официально признана как вид лечебной помощи. Академическая психология, накопившая большой опыт научных исследований, бросает вызов психоанализу, занимающемуся преимущественно практикой и сравнительно мало – исследованиями, призывая его доказать наконец научной общественности свою эффективность (Grawe et al., 1994). После краткой стадии полемического обмена мнениями сейчас ведется серьезная работа над эмпирическим доказательством эффективности долгосрочного психоаналитического лечения, для чего используются оценки, даваемые пациентами и терапевтами, а также привлекаются независимые интервьюеры (Leuzinger-Bohleber et al., 2001).

За последние годы сложилась широко разветвленная международная система эмпирических психотерапевтических исследований в психоанализе, в сферу интересов которой входят процессуальные аспекты, результаты, катамнезы и эффективность лечения. На первом

этапе, начало которого можно отнести к периоду сразу после окончания Второй мировой войны, в исследовательской методике обнаруживалось еще много недостатков. Так, Фишер и Гринберг (Fisher & Greenberg, 1996) в своем подробном критическом обзоре эмпирических психотерапевтических исследований в психоанализе подчеркивали, что в этих ранних исследованиях, например в работах Меннингера, часто не приводится никаких указаний на то, что проводилось стандартизованное психоаналитическое лечение; к тому же эти авторы выражают недовольство отсутствием контрольных групп пациентов, не получавших никакого лечения или лечившихся другими методами. Кроме того, Фишер и Гринберг считали неправильным, когда в случае проведения сравнительных исследований распределение пациентов по группам, в которых практиковали разные методы, не было рандомизировано, а оценку степени эффективности проведенного лечения давал только сам терапевт. В соответствии с так называемым золотым стандартом клинических исследований, различные виды лечения пациентов и осуществляющие их психотерапевты должны выбираться в полном соответствии с принципом случайности, а не по собственному выбору исследователя в сочетании с рекомендацией психотерапевта. При таком выборе можно сравнивать либо проходивших лечение пациентов с нелечившимися пациентами, либо разные психотерапевтические методы между собой. Кроме того, лечение должно проводиться под контролем и с ведением соответствующей документации, чтобы было ясно, о каком лечении идет речь; для этого необходимо проведение тренинга для всей терапевтической группы, посвященного вопросам стандартизации, возможно опираясь на соответствующие «руководства по терапии». Хотя Фишер и Гринберг и привлекли своей критикой внимание к многочисленным методическим проблемам, но при попытке добиться большей дифференциации научно-исследовательской методики выявилось, что золотой стандарт исследований клинических результатов, так называемое рандомизированное контролируемое испытание (RCT – randomized controlled trial), неприемлемо для психоаналитических методов. По общему мнению, такие процедуры полезны для исследований в фармацевтике, но не для сложных и комплексных процессов, каким является психотерапевтическое лечение. Их применение не только лишило бы психоанализ его специфического характера, но и предъявило бы запретительно высокие требования к стоимости проведения длительного контроля. Кроме того, применять модель RCT в психотерапии запрещают и этические соображения. Было бы крайне трудно уговорить пациентов сотрудничать, если направление их к психоаналитикам осуществлялось бы вслепую, по принципу случайности (Sandell, 2001; Leichsenring, 2005). Справедливо указано на то, что в требованиях модели RCT выражается ори-

ентация на идеал «единой науки», впервые сформулированный в немецком идеализме, а позднее в логическом эмпиризме:

«И тогда физический эксперимент, который проверяет количественные зависимости между точно определенными величинами в искусственно созданных системах, стал общей парадигмой для всех научных методов. С точки зрения теории науки, такая модель «единой науки» давно считается устаревшей, так как и естественные, и гуманитарные науки за последние сто лет настолько дифференцировались, что мы оказались в состоянии множественности наук, при котором эти различные дисциплины вынуждены приспосабливать свои методы, выводы, теории, показатели и критерии качества к особой специфике своего предмета исследования. Поэтому неотрефлексированный перенос модели исследований, применяемой в фармакологии (RCT), на область оценки эффективности психотерапии, совершенно не соответствует данному предмету исследования. К тому же следует отметить, что теперь даже в медицине начинают по-новому оценивать проведенные ранее натуралистические исследования и детальные описания отдельных клинических случаев, так как они – в противоположность контролируемым статистическим исследованиям групп испытуемых – оказываются плодотворными для понимания идиосинкразических пациентов и их реакций на терапевтические интервенции» (Leuzinger-Bohleber & Bruns, 2004, S. 14).

Научному изучению психоаналитической психотерапии более соответствуют эмпирические работы, посвященные рассмотрению процессов и отдельных клинических случаев в контексте специфического предмета психоанализа: бессознательных процессов и влияния на них терапевтических интервенций, тем более что даже исследования психотерапии, не ориентированные на психоанализ, все больше ставят под сомнение абсолютизацию методов RCT. Основные доводы многочисленных критиков RCT единодушно сводятся к следующему: в отличие от натуралистических исследований рандомизированные контролируемые испытания проверяют не реально применяемые в клинической работе и практике психотерапевтические методы, а лишь их особые модификации, специально созданные для использования в контролируемых лабораторных условиях (отбор пациентов и терапевтов, использование стандартизованных руководств, ограниченная длительность лечения). Поэтому для подтверждения эффективности психотерапевтических методов в условиях клинической практики и повседневной работы необходимы именно натуралистические исследования. Сформулированная Граве и его коллегами (Grawe et al., 1994) критика психоаналитических эмпирических исследований в этом пункте[1] слишком

[1] Граве с соавт. (Grawe et al., 1994) упрекают психоаналитически ориентированные исследования психотерапии в том, что они чаще всего ссылаются

поверхностна, ведь только 7% упомянутых ими исследованных случаев так называемой психодинамической терапии относится к лечению, длившемуся более двух лет. Это относится и к исследованию катамнезов, которые проверяли Граве и его коллеги; в них опять-таки только примерно 7% учтенных исследованных случаев психодинамической терапии учитывали данные дополнительных (повторных) обследований за более чем двухлетний период.

В последнее время психоанализ все больше дифференцирует свой исследовательский инструментарий. При этом в центре внимания оказывается, прежде всего, исследование процесса и результатов терапии и оценка эффективности лечения психоаналитическими методами. В самое последнее время наблюдается тенденция, наряду с исследованиями результатов терапии большой группы пациентов, дополнительно проводить подробные исследования терапевтического процесса на малом количестве случаев; для этого в каждом случае приходится чаще измерять показатели и применять бóльшее количество исследовательских инструментов. Это оказалось тем более необходимым в связи со все возрастающим интересом к терапевтическому процессу в узком смысле и сдвигу внимания исследователей на вопросы о том, какие, как, когда и в результате чего происходят изменения в терапии?

Для ответа на эти вопросы необходимо провести исследование отдельных клинических случаев, и здесь перед нами опять-таки открывается весьма широкий спектр возможностей (Leuzinger-Bohleber, 1995). При этом основным направлением исследования по-прежнему остается систематическое изучение тех микроизменений психики, которые возникают в ходе аналитической терапии и которые предположительно вызывают клинические макропроцессы (Kächele, 1992). Серьезный методический потенциал для подобных исследований имеет качественное и количественное изучение конкретных клинических случаев. В настоящее время ведутся дискуссии вокруг того, какие клинические модели процессов и какие методы учета психических изменений будут здесь наиболее уместны, а также как можно их методически согласовать. Совсем недавно стали применяться следующие методы: содержательно-аналитические (Gottschalk, Gläser; так называемый метод центральной темы конфликта отношений – ZBKT[1]; SASB[2]); репертуарная решетка (repertory-grid) и техника объектных отношений (ORT, object-relation technique); психолингвистически ориентированные методы

на натуралистические научные работы, вместо того чтобы в большей степени опираться на RCT.– *Прим. Т. Мюллера.*

[1] Zentrales Beziehungs-Konflikt-Thema (*нем.*).

[2] Structural analysis of social behavior (*англ.*).

(Gutwinski-Jeggle, 1987), такие как формальный анализ текста (Overbeck et al., 1996); методы, появившиеся под влиянием нейробиологии, такие как диагностическая визуализация.

Сейчас существует огромное количество эмпирических исследований, выполненных на высоком методическом уровне (см. издание Немецкого общества экспериментальной и клинической фармакологии и токсикологии – DGPT, 2004). Еще один обзор литературы дан в книге Фонаги с соавт. (Fonagy et al., 2002); в ней представлено прекрасное описание исследований, разоблачаются предрассудки и высказывания о неэффективности и ненаучности психоаналитических методов. Необходимо назвать только важнейшие исследования, проведенные в последние годы: работы Лейцингер-Болебер (Leuzinger-Bohleber et al., 2001) и Зандела (Sandell et al., 1996, 2001). Оба эти исследования приходят к одинаковому результату, убедительно свидетельствующему о высокой терапевтической эффективности методов долгосрочной психоаналитической терапии, проведенной с большой группой больных, в том числе с тяжелобольными пациентами (что подтверждается и исследованиями катамнезов). Еще одно исследование, проведенное Ляйхзенрингом (Leichsenring, 2005), подтверждает эти выводы и показывает необходимость дальнейших работ. Автор не только обобщает результаты осуществленных ранее научных исследований, подтверждающих высокую эффективность краткосрочной и долгосрочной психоаналитической терапии, но и приводит убедительные аргументы в пользу применения натуралистических методов, а также свидетельствует об ограниченности работ с применением рандомизированных контролируемых испытаний (RCT). Интересно, что Ляйхзенринг показывает также, что психоаналитическая психотерапия – это малозатратная форма лечения, и приводит эмпирические доказательства этого.

Особые вопросы за прошедшие годы вызывало лечение некоторых целевых групп пациентов, например лечение психотических пациентов, с применением психоаналитически модифицированной терапии. Когда приводят распространенный аргумент, что модифицированная психоаналитическая психотерапия не справляется с биологическими или психическими дефектами шизофренных психозов, то обязательно ссылаются на отрицательные результаты исследований катамнезов, проведенных в частной клинике «Chestnut Lodge» (McGlashan, 1984; Mueser & Berenbaum, 1990). Правда, сравнительно недавняя проверка этих исследований привела к критике их как с методической, так и с содержательной стороны (Nayfack, 1994). Наряду с этими возражениями, есть и целый ряд положительных заключений: группа скандинавских исследователей во главе с Аланеном опубликовала в 1994 г. результаты мультицентрического научного исследования психоаналитически модифицированной психотерапии шизофренных психозов. Несмот-

ря на методические проблемы, это исследование эмпирически доказывает терапевтическую эффективность психоаналитической терапии шизофреников. Эти результаты подтверждаются и исследованием катамнезов, проведенным Лейцингер-Болебер (2001, 2006), в котором примерно 8% пациентов были психотиками. В другой работе, выполненной на высоком методическом уровне (Gottdiener & Haslam, 2002), были подвергнуты метаанализу 37 проведенных ранее исследований психотерапии; при этом сравнению подверглись результаты лечения 2642 пациентов. Авторы смогли подтвердить результаты вышеприведенных исследований терапевтической эффективности психодинамической терапии. Темами других исследований были вопросы половой специфичности терапии, эталонный час (specimen hour), совместимости терапевта и пациента (matching), проблемы, связанные с длительностью болезни и переходом ее в хроническую форму. Несколько лет назад общее доказательство эффективности психотерапии было получено с помощью использования методов визуализации (Solms, 2006). В этих исследованиях, которые занимаются вопросом эффективности, а также доказательством воздействия длительных терапевтических интервенций на функции и структуры мозга, были выявлены значительные изменения, основанные на «нейронной пластичности» мозга.

10. Реальность психоаналитической практики

10.1. Психоаналитическая психотерапия

В психотерапии «лечится» психика, в то время как в психоанализе оба его участника вовлечены в психоаналитический процесс. Психотерапевт «лечит», скорее, активно, в то время как его пациент остается, скорее, пассивным. В этом и состоит явное качественное отличие психотерапии от психоанализа. В случае же «психоаналитической психотерапии» речь идет о методе, в котором, как свидетельствует прилагательное «психоаналитическая», решающую роль играет психоаналитический подход (желания и сопротивление, а также перенос и контрперенос). При этом «психоаналитическая психотерапия» отличается от «психоанализа» количественно: она длится не так долго и сеансы проводятся гораздо реже. Она довольствуется достижением не столь высокой цели. Она не требует полной ревизии личности, а ограничивается небольшим изменением. Вместо полного выявления всех бессознательных измерений она ставит цель вскрыть патогенные причины симптомов.

Благодаря постановке ясной цели – устранения причин болезни – психоаналитическая терапия признается методом лечения больных в рамках медицинского страхования. При соответствующих показаниях и после проверки экспертом больничные кассы могут полностью финансировать до 80, 160, в особых случаях – до 240 сеансов, а в порядке исключения – даже до 300 лечебных сеансов. Таким образом, существует принципиальное различие между классическим психоанализом, проводимым с целью всестороннего самопознания, и психоаналитической психотерапией, имеющей гораздо более ограниченную цель – лечение психического заболевания.

Мы считаем разумным и целесообразным, чтобы пациент и терапевт заранее договаривались о четко определенных целях, как предлагает Лестер Люборски (Luborsky, 1995), и чтобы они время от времени проверяли, достигнуты или нет поставленные цели. В этом отношении пациенту предоставляется относительно большие полномочия, так как он лучше знает, как он себя чувствует. В ходе лечения пациента его конфликтные, поддерживающие болезнь взаимоотношения с его важнейшими значимыми лицами все время находятся в центре внимания. Причем оказалось полезным уделять особое внимание двум сторонам центрального конфликта отношений: стороне желаний с ее потребностями и тем последствиям, к которым привела бы реализация этих желаний, причем в каждом случае следует отдельно выяснять и позитивные, и негативные последствия.

Для оценки прогресса в лечении полезно также учитывать так называемый треугольник инсайта, предложенный Меннингером и Хольцманом (Menninger & Holzman, 1958). С этих позиций, актуальный конфликт с важным и значимым на данный момент лицом сопоставляется не только с прошлым конфликтом (с центральным значимым лицом из детства пациента), но и с актуальным господствующим переносом на психотерапевта. Если направление всех этих трех векторов конфликта одинаково, лечение идет успешно.

10.2. Краткосрочная психоаналитическая терапия

В то время как в психоаналитической психотерапии ставится задача разрешить несколько патогенных конфликтов, в психоаналитической краткосрочной терапии рассматривается только один центральный патогенный конфликт, который становится точкой фокусировки; отсюда и ее название – фокальная терапия.

Оба участника психоаналитической терапии договариваются как о выборе «фокального конфликта», так и о внешних и внутренних условиях проведения краткосрочной терапии. К ним относятся:

1) ограничение количества сеансов (до 10, 20 или не более 30) и 2) конкретизация цели терапии: разрешение совместно выбранного фокального конфликта. В свою очередь, это означает, что другие конфликты, которые, возможно, возникнут во время лечения, придется оставить без внимания.

Таблица 3, часть 1
Предмет, определение
и важнейшие признаки психоанализа, психотерапии
и краткосрочной терапии (в сравнении)

Различия	**Психоанализ**	**Психотерапия**	**Краткосрочная терапия**
Предмет	Анализ психики	Терапия	Краткосрочная терапия психики/фокальный анализ центральной проблемы
Глобальное определение метода	Герменевтический метод понимания бессознательных процессов	Выборочное использование теории и метода	Целенаправленное использование теории и метода
Взаимоотношения между аналитиком/терапевтом и пациентом	Оба участника вовлечены в психоаналитический процесс	Терапевт проводит психоаналитическое лечение пациента	Оба участника сосредоточенно работают над фокальным конфликтом
Отношение между методом и терапевтом/аналитиком	Метод → аналитик	Терапевт → метод	Аналитик и метод
Пространственное расположение	Аналитик в кресле, пациент на кушетке	Каждый из двух человек в кресле	Каждый из двух человек в кресле
Частота сеансов	4–5 раз в неделю	1–3 раза в неделю	1 раз в неделю
Длительность лечения	Больше 3 лет (3–5)	Менее 3 лет (1–3)	1–3 месяца
Количество сеансов	300 и больше	Не более 300	Не более 30

Таблица 3, часть 2
Отличия психоанализа, психотерапии и краткосрочной терапии: содержательные признаки и цели

Содержательные признаки	Психоанализ	Психотерапия	Краткосрочная терапия
Применение основного правила	Строгое	Менее строгое	Избирательное, ограниченное фокальным конфликтом
Свободные ассоциации	Почти идеальное средство	Не столь идеальное средство	Ограничиваются фокусировкой на невротических симптомах
Сдержанность, умеренность	Строго соблюдается	Довольно большая близость	Большая близость
Регрессия	Поощряется	Специально не поощряется	Ограничивается центральным конфликтом
Симптомы	Практически остаются без внимания	Рассматриваются в тесной причинной взаимосвязи с конфликтами	Как и в психотерапии, но с акцентом на главном симптоме
Конфликты	Все накопившиеся неразрешенные конфликты решаются	Решаются только патогенные конфликты	Решается только центральный конфликт
Невроз переноса	Полностью проявившийся	Частично проявившийся	Только один патогенный паттерн взаимодействия
Проработка	Систематическая проработка невроза переноса	Несистематическая проработка невроза переноса	Концентрированная проработка патогенного паттерна взаимодействия
Отношение между фантазией и реальностью	Фантазия → реальность	Реальность → фантазии	Фантазия и реальность
Отношение между интерпретацией и идентификацией	Только интерпретации	Интерпретация и идентификация с терапевтом	Целенаправленная интерпретация фокального конфликта, идентификация с терапевтом
Цели	Выходят далеко за рамки лечения больного	Лечение болезни, сопровождающееся разрешением патогенных конфликтов	Сосредоточение исключительно на разрешении фокального конфликта
	Самопознание, поиск истины, отсутствие любой формы лжи в жизни	Частичное самопознание, поиск истины как побочный эффект	Самопознание и обязательный поиск истины в области конфликта
	Полное переструктурирование личности	Частичное переструктурирование (личности) в области патогенного конфликта	Ограниченное переструктурирование (личности)
	Всеохватывающий инсайт	Частичный инсайт	Инсайт по поводу фокального конфликта

Если на краткосрочную терапию принимаются только пациенты с легкими нарушениями (случаи с классическими неврозами), то довольно легко удается ограничиться только фокальным конфликтом. Но если цель пациента и терапевта – борьба с трудной проблемой, сопровождаемой тяжелыми симптомами, то к обоим участникам предъявляются довольно высокие требования. Как и в основном законе механики, в этом случае придется затратить больше сил, чтобы пройти путь за более короткий срок. А это означает, что интенсивность терапии будет гораздо большей, чем в психоанализе и в психоаналитической психотерапии.

Условием участия пациента в краткосрочной терапии является его полная готовность погрузиться в существующий на данный момент актуальный конфликт, например решимость без страха «посмотреть прямо в глаза» проблеме разрыва или разлуки. Терапевт, со своей стороны, берет на себя большие обязательства. Он должен обладать высокой компетентностью, чтобы совместно с пациентом работать над актуальными симптомами столь конструктивно и интенсивно, чтобы можно было ожидать изменений в ближайшее время. Обоим участникам непродолжительного процесса краткосрочной терапии нужно набраться мужества, чтобы принять вызов и разрешить фокальную проблему. Поэтому этот метод сопряжен с определенным риском и возлагает на терапевта большую ответственность.

В таблице 3 систематизированы важнейшие признаки трех указанных методов. Она показывает, что между психоанализом, с одной стороны, и психотерапией и краткосрочной терапией – с другой, существуют большие различия.

10.3. Психоаналитическая групповая терапия

Методы и теория

Психоаналитическая теория группы делает акцент на бессознательных процессах, которые происходят не только между отдельными участниками группы, но и в самой группе как таковой. При этом речь идет о бессознательных фантазиях, которые в большей или меньшей степени разделяются всеми участниками группы. Есть две возможности разобраться в них с позиций психоанализа.

1) С членом группы обращаются точно так же, как с отдельным пациентом в психоанализе, используя присутствие членов группы аналогично хору в греческой трагедии – просто как фон для анализа отдельно взятого человека.

2) Всю группу психоаналитик рассматривает как отдельного индивидуума, превращая тем самым возможно непривычную для себя ситуацию общения с целой группой в знакомую ситуацию отношений с одним пациентом, в отношения с неким незнакомым ему визави.
3) Третий метод был создан Зигмундом Генрихом Фоулькисом, это анализ группы (групповой анализ). Данный метод включает анализ отдельного участника, который вместе с другими и составляет группу. Эта группа не была бы тем, чем она является, без отдельных участников, так же как и отдельный участник не был бы тем, кто он есть, без других людей в группе, с которыми он более или менее тесно связан (Foulkes, 1964). Такая двухмерная перспектива учитывает группу как таковую в макроскопическом плане, а в микроскопическом плане – каждого члена группы как уникальную личность. Руководитель группы плавно переключается с одной позиции на другую. А это непростая задача: следить за группой как единым целым и одновременно не упускать из виду ни одного участника.

Модели уровней и процессов

Для ориентации в сложных многоуровневых бессознательных процессах, происходящих в группе, были разработаны различные модели, позволяющие систематизировать эти бессознательные процессы. Эти многочисленные модели позволяют понять отдельные аспекты бессознательного процесса в «реально существующей терапевтической группе». Многоуровневые модели психоаналитической групповой психотерапии, в том виде как они были представлены различными авторами, в своей основе ориентируются на топографическую модель Зигмунда Фрейда (см. главу VI.4). В обобщенном виде они представлены в таблице 4.

Существуют различные модели, которые теоретически упорядочивают стадии разворачивающегося во времени группового процесса. По мнению Бенниса и Шепарда (Bennis & Shepard, 1956), на начальной «стадии зависимости» участники группы заняты своими зависимостями от авторитетов. А на следующей «стадии взаимозависимости» речь идет о личных отношениях с другими членами группы. При этом возможно появление контрзависимости, позиции, в которой любая форма зависимости от авторитетов в боязливо избегается, с ней ожесточенно сражаются или отвечают на ее малейшие проявления паническим бегством, как, например, это было во времена студенческого движения после 1968 г. Если связанные с этим конфликты обнаруживаются и устраняются, то появляется возможность добиться консенсуса, пройдя через некую потерю иллюзий и разочарование.

Таблица 4
Многоуровневые модели
в психоаналитической групповой психотерапии

Автор	Schindler, 1951	Bion, 1961	Foulkes, 1964	Kutter, 1976	Heigl-Evers & Heigl, 1979	Sandner, 1978
Сознание	Рабочий альянс, «контракт»	Рабочая группа	Актуальный уровень	Уровни групповой динамики; роли, статус, позиция	Выработка норм и правил поведения (групповая терапия социального взаимодействия)	Рефлексивно-интеракционный уровень
Предсознание	Новые реальные взаимоотношения	Динамическая матрица (van der Klej, 1982)		Нормы и ценности		
Бессознательное	Воспроизведение родительской семьи, в которой сибсов замещают участники группы, отца – руководитель группы, а мать – группа (символически) Опасность утраты идентичности или Я	Базовые допущения группы: 1. Зависимость 2. Борьба/бегство 3. Образование пар **Депрессивная позиция** **Параноидно-шизоидная позиция** (Klein, 1962)	«Персональная матрица» Проективный уровень с частями самости, тела и объектов «Психотический» уровень «Базовая» матрица (van der Kleij, 1982)	Перенос и контрперенос бессознательных (целостных) паттернов объектных отношений, характерных для эдипальных структур (область «классических неврозов») Расщепление частичных объектов или только хороших и только плохих частей самости и объектов	**Психосоциальные компромиссные образования** (групповая терапия, основанная на глубинной психологии) Совместные «дневные грезы» (аналитическая групповая терапия) Проекция, интроекция, проективная идентификация	Фантазийные (ирреальные) паттерны отношений **Эдипальные структуры** **Предэдипальные феномены**

Филип Слейтер в созданной им модели (Slater, 1970) также различает несколько стадий:

1) стадия, характеризующаяся склонностью идеализировать руководителя группы;
2) стадия, на которой группа восстает против руководителя;
3) стадия, на которой «бунт» прекращается – достигается взаимное единение с новыми правилами и порядком.

Аналогия с базовыми допущениями группы, впервые выделенными Вильфредом Р. Бионом (Bion, 1961), очевидна. Базовые допущения группы, в понимании Биона, – это установки, которые возникают у членов группы под влиянием бессознательных процессов, причем этими допущениями они не делятся друг с другом на сознательном уровне. Например, они испытывают страх перед слишком сильной вовлеченностью в жизнь группы, перед зависимостью от нее или от руководителя. Поэтому они объединяются друг с другом для того, чтобы уберечься от предполагаемых опасностей, прибегая к бегству или нападкам на руководителя группы. Такие процессы проявляются в любой группе, как бы ни различались цели ее участников.

За базовыми допущениями кроются бессознательные паттерны отношений, обладающие сексуальным и агрессивным зарядом (на который постоянно обращали внимание психоаналитики); мы втянуты в них с самого раннего детства и с большей или меньшей долей навязчивости воспроизводим в своих актуальных отношениях, а следовательно, и в группах тоже. Мы тем легче замечаем их в группах, чем лучше ориентируемся в стадиях группового процесса, описанных в психоаналитических моделях. Другие модели группового процесса представили Занднер (Sandner, 1978) и Куттер (Kutter, 1976).

В соответствии с многоуровневой моделью существует первый, верхний, рефлексивно-интеракционный уровень, или уровень групповой динамики, на котором участники группы осознанно и по-деловому обмениваются мнениями о целях и проблемах. Ниже находится второй уровень, на котором происходят бессознательные процессы и воспроизводятся эдипальные конфликты. На третьем, еще более глубоком уровне, разыгрываются предэдипальные, или нарциссические, конфликты.

Группа структурируется в зависимости от конфликтов, которые (как это называется на языке групповой динамики) «привносят» в нее участники. Тем самым группа, в зависимости от расстройств ее участников, приобретает невротические черты, качества пограничного расстройства или свойства нарциссической структуры личности.

Чтобы справляться со своими задачами без перенапряжения, руководителю группы лучше не принимать в одну группу слишком разных

пациентов. Иначе ему вряд ли удастся прийти к общему знаменателю со всеми участниками группы. При подборе состава группы лучше всего выбирать золотую середину между слишком гомогенной (по возрасту, первоначальному образованию, виду расстройства) и слишком гетерогенной группой. Тогда удастся избежать таких опасностей, как слишком малопродуктивная динамика, характерная для чересчур гомогенной группы, так и опасностей перенапряжения при слишком больших различиях участников.

Факторы, влияющие на показания к применению групповой психотерапии и на ее эффективность

Групповая психотерапия показана тогда, когда разрешаемые в ней конфликты также первоначально возникли в группах. Такие конфликты обязательно реактивируются в ситуации группы, и тогда они могут быть эффективно изменены в пользу поведения, более соответствующего реальности, в сочетании с пониманием бессознательных процессов, происходящих между людьми, совместно работающими в группе. Однако факторы, влияющие на эффективность групповой терапии, связаны также с возможностью завязать и опробовать новые отношения, на которые участники, с благожелательного согласия руководителя группы, могут отважиться вообще в первый раз в жизни. Это невозможно без соответствующей эмоциональной вовлеченности (Finger-Trescher, 1991). Без реактивации остававшихся до этого не осознанными конфликтных паттернов взаимоотношений структурное изменение невозможно.

Современный групповой анализ

Все факторы, важные для групповой психотерапии с использованием психоанализа, обсуждаются в книге, составленной по материалам семинаров, проводившихся в городе Бад Альтаусзее, Австрия (Haubl & Lamott, 1994). К этим факторам относятся, например, основные правила, руководство группой, сдержанность (нейтральность, невмешательство) психоаналитика, групповые фантазии, половая динамика, аффекты, стратегии интервенций и оценка эффективности.

Кернберг (Kernberg, 1998) также занимался проблемами руководства группами с психоаналитических позиций, однако он обращался не столько к практике амбулаторной групповой психотерапии, сколько к организациям, например к институтам, где обучают психоаналитиков, и к психиатрическим клиникам.

Применение в групповой психотерапии результатов новейших исследований младенцев, теории привязанности и концепций мента-

лизации рассматривается в книге «Современный групповой анализ» (Hayne & Kunze, 2004). В ней отражены также концепция пяти мотивационных систем Лихтенберга и современные исследования аффектов, данные интерсубъективизма и нейробиологии. Мы видим, что групповая психотерапия, так же как индивидуальный анализ, продвинулась в своем развитии далеко вперед по сравнению с тем, что было 10 лет назад; она использует результаты новейших эмпирических исследований и новые теоретические концепции.

10.4. Психоаналитическая семейная терапия

Методы и теория

Семейная терапия считается психоаналитической, если она, как это принято в психоаналитической индивидуальной и групповой терапии, учитывает желания и сопротивление, а также перенос и контрперенос.

В современной семейной терапии преобладают подходы, основанные на теории систем. На пути от психоанализа к семейной терапии (Stierlin, 1975) на первый план выступают реальные проблемы отношений, тогда как ирреальные и бессознательные процессы игнорируются. В психоаналитической семейной терапии вводится принятое в семейной терапии «основное правило» – говорить друг с другом о том, о чем раньше не говорили. Этим стимулируется использование ресурсов.

Однако, по Буххольцу, существует также метод психоаналитичеcкий семейной терапии. Как и в групповой терапии, здесь можно обнаружить три точки зрения:

1) рассматривается отдельный член семьи;
2) семья рассматривается как один индивид;
3) рассматриваются как отдельный член семьи, так и семья в целом.

При этом оба биполярных принципа – «желания и сопротивление» и «перенос и контрперенос» – применяются точно так же в двух направлениях, как и в терапевтической группе: терапевт попеременно наблюдает то за интрапсихическими процессами отдельных членов семьи, то за процессами, присходящими между отдельными членами семьи, и за процессами в семье в целом.

Современные аспекты

Сегодня отмечается сближение позиций психоанализа и теории систем по отношению к работе с семьей (Cierpka, 2003; Reich, Massing & Cierpka,

2007; Schwartz, 2004). В специальное «диагностическое окошко»[1] вносятся сведения о фактической обстановке в семье, ее нынешнем состоянии, культурных корнях и особом стиле воспитания в перспективе нескольких поколений, причем делается это с позиций как теории систем, так и психодинамики. Поскольку при этом вскрываются бессознательные конфликты и паттерны взаимодействия в их актуальной инсценировке, а также надлежащим образом учитываются перенос и контрперенос, то, несмотря на привнесение системного подхода, такая терапия – это все-таки психоаналитическая семейная терапия. Однако объединение подходов психоанализа и теории систем позволяет (в отличие от исключительно психоаналитической точки зрения или только подхода с позиции теории систем) поставить более точный диагноз, четче определить проблемы и расширить цели терапии, добиваясь лучших результатов. В настоящее время такие злободневные для общества темы, как насилие в семьях, а также эффективность и уместность оказания помощи с применением семейной терапии, являются в Германии предметом исследовательских проектов, реализации которых содействует Министерство по делам семьи.

Показательный случай из практики

Отец жалуется на то, что чувствует себя исключенным из семьи. В профессии он очень честолюбив, у него действительно остается мало времени на жену и детей, но тем не менее он нуждается в поддержке и защищенности со стороны своей семьи, а чувствует тоску и разочарование. Когда же к анализу бессознательных процессов, происходящих с отдельными членами семьи и между ними, подключаются также жена и дети, то оказывается, что и жена, и оба ребенка этого столь занятого мужчины также чувствуют себя брошенными на произвол судьбы. Поэтому неудивительно, что мать с детьми объединяются в одну подгруппу и более или менее осознанно договариваются: «Ну, тогда мы справимся сами, обойдемся без него». Хотя посредством такой попытки самоисцеления семья и нашла некое решение, но произошло это ценой невротических страданий. Все члены семьи чувствуют себя в большей или меньшей степени фрустрированными и формируют различные симптомы. В то время как мужчина, несмотря на свои профессиональные достижения, чувствует себя опустошенным и не реализованным в личной жизни, жена страдает мигренью и депрессией, а двое детей-подростков спасаются бегством, проводя время в компании сверстников.

[1] Это технический термин из теории систем. В целях диагностики внимание терапевта направляется на указанные аспекты, через которые, как через окно, можно рассмотреть внутренний мир пациента. – *Прим. Т. Мюллера.*

Всего за несколько сеансов, которые проводились не как регулярные сессии со всей семьей, а попеременно то с мужем, то с женой, а то и с обоими супругами одновременно, удалось довольно быстро осознать проблему этой семьи, в которой и муж, и жена – специалисты с высшим образованием. Условием для этого было, прежде всего, то обстоятельство, что муж (он же отец) смог осознать, что именно он первым «покинул» семью, и это вызвало вторичную реакцию – объединение жены с детьми. Ведь он-то до этого думал, что «другие» его покинули (первыми), после чего он почувствовал себя (вторично) «исключенным».

Таким образом, важнейшим рычагом изменения в этой семье был индивидуальный психоанализ центральной фигуры – отца (мужа). Следствием нового понимания стало более свободное поведение этого члена семьи, что всеми остальными было воспринято как ощутимая разрядка семейной атмосферы. В заключение выскажем предположение, что благоприятное развитие событий в приведенной в нашем примере семье стало возможным потому, что занимавшийся ею терапевт позиционировал себя не как исключительно семейный терапевт, а прежде всего как психоаналитик, задача которого – сделать бессознательные процессы осознаваемыми.

10.5. Другие области применения психоанализа

Здесь можно было бы назвать множество интересных примеров практического применения психоанализа в литературе и искусстве, в частности в музыке. Но ограниченный объем данной книги не позволяет этого сделать. Поэтому мы ограничимся лишь теми возможностями примения психоанализа, которые больше связаны с практикой.

Применение в медицине

В медицине применяются первичное психоаналитическое интервью, психоаналитическая краткосрочная терапия и психоаналитическая психотерапия, а также любые, в самом широком смысле, попытки разобраться в том, что происходит в отношениях между пациентом и врачом.

Здесь тоже часто встречаются ярко выраженные переносы: пациенты видят в «дяденьке докторе» такую фигуру, которая почти принадлежит к числу родственников. Пациенты цепляются за врача, который нередко оказывается для них единственным значимым лицом (ведь сегодня люди становятся все более одинокими). Непроизвольно болезни начинают выполнять одну-единственную задачу: добиться того, чтобы кто-нибудь проявил заботу о заболевшем человеке, чтобы он

не остался в полном одиночестве. Многие пациенты втягивают врача в такие паттерны отношений, которые вызывают у него точно так же, как и у психоаналитика, эмоциональные реакции, которые врачу необходимо осознавать.

Правда, во многих случаях врач зачастую оказывается в растерянности. Например, он реагирует на постоянные «цепляния» и жалобы пациента, выписывая ему все больше лекарств, отсылая его к врачам-специалистам или направляя в больницу. Другие пациенты добиваются того, что их врачи неустанно, вплоть до самопожертвования, в течение имногих лет заботятся о них как преданно ухаживающая мать или как добрый отец, однако такой тип врача сегодня встречается довольно редко. Гораздо чаще встречается дистанцированное, холодное и формальное поведение врача, без какого-либо эмоционального участия, при четком разделении ролей. Однако немного больше взаимной любезности и немного больше психоаналитического мышления, основанного на методе и теории психоанализа, явно не повредили бы современной медицине, в которой сегодня в значительной степени доминируют совершенные аппаратурные методы.

Врачам нужно лишь проявить немного готовности к диалогу с пациентами, выделить время на рассмотрение психической стороны болезни пациента. В балинтовских группах у врачей есть возможность поговорить о проблемах, возникающих в отношениях с определенными пациентами, поделиться с коллегами своим опытом, чтобы таким способом начать лучше понимать бессознательные процессы, происходящие между пациентом и врачом. Тогда совместная работа с пациентом становится менее формальной и приносит врачу тем большее удовольствие, чем лучше ему удается понять своих пациентов, причем не только рассудочно, но и эмоционально. Таким образом врач помогает не только пациентам, но и самому себе в достижении более высокого уровня самопознания.

Применение в психологии

Психоаналитические теории и методы могут быть полезными в таких областях, как психотерапия и консультирование, например, при проблемах во взаимоотношениях или профессиональных кризисах. Высокие требования предъявляются к консультированию при нежелательной беременности, так как здесь приходится в равной степени учитывать интересы и женщины, и ребенка. Первым, кто применил психоанализ при консультировании по вопросам воспитания, был Аугуст Айхорн (Aichhorn, 1925).

Как и в медицине, в психологической практике соответствующий тренинг личностного роста, по возможности с прохождением личного

анализа или с участием в группе практикующих психологов, собирающейся с целью обмена опытом собственной деятельности, – это важное условие для целесообразного применения психоаналитических техник. Дополняет картину тесно связанное с практикой обучение психоаналитическим методам и теориям, предоставляющее начинающему психологу возможность целенаправленно использовать психоанализ в психотерапии и консультировании. Причем и в клинической психологии хорошо зарекомендовала себя регулярная супервизия или разбор консультационных бесед в балинтовских группах. Ведь когда психологи интенсивнее погружаются в работу со своими клиентами, из-за своей собственной предубежденности и субъективности они слишком легко втягиваются в их проблемы, так что иногда бывает довольно трудно провести четкую грань между личными отношениями, заинтересованным вниманием и профессиональными действиями – эта проблема во взаимоотношениях часто повторяется в балинтовских группах со студентами-психологами.

Обстановка в консультационных пунктах с их административными предписаниями и жесткой регламентацией часто затрудняет психологам, проявляющим усиленный интерес к психоанализу, использование его в консультативной практике. В перспективе применение психоанализа по приказу «сверху» столь же маловероятно и нежелательно, как и его использование «снизу», вопреки желанию администрации. И то и другое обречено на провал. Так, главврач клиники, директор местного управления по делам молодежи или управления социального обеспечения, а также руководитель детского дома не может просто так взять и попросить психолога с помощью психологических, психоаналитических или каких- либо других методов добиться от подростка определенного желаемого поведения. Также мало хорошего в ситуации, когда активно занимающаяся политикой женщина-психолог, у которой есть возможность поработать в детском доме, в одностороннем порядке заключает союз со страдающими там детьми, не предприняв никаких серьезных попыток прийти к соглашению с руководителем этого учреждения.

Для разумного и успешного использования психоанализа в сфере психологии необходимо еще до начала первой консультации прояснить условия на всех уровнях отношений, причем не только с человеком, обращающимся за советом, но и со своим начальством. Конечно, коллегиально организованные учреждения облегчают осуществление подобного намерения. Но, как правило, учреждения построены иерархически. Поэтому лучше считаться с реально существующими обстоятельствами и все же пытаться, по согласованию с соответствующими инстанциями, позволить коллективу консультантов заниматься психоаналитической работой столько, сколько возможно.

Применение в политике

Фрейд видел причину многих общественных конфликтов в так называемых культурных требованиях к сексуальной морали (Freud, 1908d), т. е. в «двойной сексуальной морали». Он пишет: «Наша культура вообще основывается на подавлении влечений» (там же, S. 149). Поставив такой диагноз, Фрейд стал участвовать в критике культуры, причем это было продиктовано заботой о пациентах: «Определенная степень прямого сексуального удовлетворения кажется необходимой для подавляющего большинства организаций» (там же, S. 151). Если это норма, тогда «подавление <…> зашло слишком далеко» (там же, S. 160).

Позднее он пишет в работе «В духе времени о войне и смерти» (Freud, 1915b): «Государство требует крайней степени послушания и самопожертвования» (S. 330). Тем самым Фрейд возлагает на государство ответственность за проблемы современного ему общества. В другом месте он замечает: «Государство разрешает себе любую несправедливость, любое насилие, которое опозорило бы отдельного человека. Оно прибегает не только к допустимой хитрости, но и к сознательной лжи и преднамеренному обману» (там же, S. 329 и далее). Вспомним хотя бы войну в Ираке.

Высшей точки фрейдовская критика культуры достигает в его известной работе «Недомогание культуры» (Freud, 1930a). В ней Фрейд критикует «некомпетентность учреждений, регулирующих взаимоотношения людей в семье, государстве и обществе». Имеются в виду школа и армия, точно так же как и промышленные и торговые предприятия или политические учреждения, такие как правительство и органы, отвечающие за отправление правосудия. По Фрейду, они представляют собой первостепенный «социальный источник страданий», так как они требуют от людей такой степени фрустрации, что это превышает порог их фрустрационной толерантности. Фрейд с сарказмом констатирует: «Намерение сделать человека „счастливым“ не содержится в плане творения» (там же, S. 434). Под «творением» имеются в виду, если вспомнить критику религии в работе Фрейда «Будущее одной иллюзии» (Freud, 1927c), критикуемые им общественные «учреждения», которые не позволяют людям жить только в свое удовольствие. Эти культурные учреждения защищают человека, но одновременно ограничивают его элементарные инстинкты, из чего и получается это печально знаменитое «недомогание» культуры.

Еще один вопрос – это проблема агрессивности, которую мы обсуждали выше в рамках психоаналитической теории личности (см. главу VI.3). Фрейд (Freud, 1930a, S. 482) задается вопросом: «Какие средства использует культура, чтобы сдержать противостоящую ей агрессию?» Его ответ таков: агрессивные потребности в прямом оскорблении дру-

гих, причинении им психического или физического вреда, подавляются точно так же, как и сексуальные потебности. Цена этого – второй (по выражению Фрейда) «отказ от влечений», которого культура требует от людей после того, как она уже потребовала первого отказа от влечений, подавляя сексуальность.

Чтобы избежать вызываемого этим недомогания, культура предоставляет «болеутоляющие средства», дающие временный эффект, такие как развлечения, замещающие удовлетворение, и наркотики. Выигрышем от двойного подавления (подавления сексуальных и агрессивных потребностей) становятся завоевания прогресса – «культурная надстройка» (по Карлу Марксу) в виде науки и искусства. Еще один выигрыш – это сомнительный для некоторых людей прогресс цивилизации. К нему относятся преобразованные и улучшенные с помощью различных веществ и техники материальные и социальные условия жизни общества вместе с его коллективными защитными сооружениями и разнообразными учреждениями, предоставляющими услуги, например образовательные и досуговые.

Дилемма заключается в «силовом поле» между природой и культурой, неустранимом противоречии человеческой жизни. Если бы все сексуальные и агрессивные потребности были удовлетворены, как того требует природа, мы бы жили как животные и лишились бы всего культурного и цивилизационного прогресса. С другой стороны, следуя всем без исключения культурным требованиям, строго придерживаясь норм нравственного богословия[1] и этики, соблюдая все запреты и требования правовых учреждений и государственного контроля, все мы по логике вещей заболели бы, так как в нас была бы полностью подавлена природа.

Общественные отношения различаются в зависимости от географических, исторических, экономических и политических предпосылок, и их, в зависимости от степени подавления влечений, можно отнести к более или менее мягким и великодушным либо подавляющим и запрещающим.

Психоаналитические исследования предрассудков и проблемы меньшинств

Предрассудки – это «предварительные» мнения или суждения других людей, которые мы некритично разделяем. Это такие суждения, которые экономят наши усилия, затрачиваемые на формирование собст-

[1] Theologia moralis (*лат.*) – одна из богословских дисциплин, предмет исследования которой составляет учение церкви о нравственном сознании и нравственном поведении человека, христианская этика. – *Прим. ред.*

венного мнения. Предрассудки (например, что только своя группа хорошая, а другая – плохая) разделяются коллективами, состоящими из многих людей. Самым ужасным примером расовых предрассудков был национал-социалистский бред, что только арийская раса хорошая, а еврейская – плохая. Существенный вклад в развенчание предрассудков внесла «критическая теория» (Horkheimer, 1963). Согласно этой теории, предрассудки возникают из бессознательных проекций. Собственные трудности проецируются на других. Тогда уже не с нами тяжело иметь дело, а с другими.

На примере антисемитизма Лёвенштайн (Loewenstein, 1968) различает следующие корни предрассудков:

1) религиозный, который является следствием исторического развития отношений между христианами и иудеями и амбивалентности отношения христиан к Богу;
2) связанный с ксенофобией, согласно которой все чужое вызывает страх и отвращение;
3) экономический, состоящий из зависти и неприязненных чувств, которые неимущие испытывают к имущим;
4) политический, через который дополнительно управляют существующими предрассудками.

Ненависть к иностранцам и насилие по отношению к чужакам проявятся с тем большей вероятностью, чем ненадежнее свое собственное социальное положение и перспективы на будущее, а также чем неустойчивее своя собственная психическая идентичность.

Мы можем противопоставить этому следующие контрмеры:

1) обеспечить людям политические и экономические условия социальной защищенности;
2) создать внешние предпосылки для оптимального развития психической идентичности;
3) проверить свои собственные идеалы: не осуществляются ли они за счет других людей;
4) сталкиваясь с обесцениванием, чувствами ненависти и осуждением у других людей, помнить о проективно искаженных предрассудках и поэтому вытеснять их своими критическими суждениями.

Статьи Мичерлихов, посвященные психоанализу политики

В заключение мы спросим себя, почему в истории немецкого народа в период 1933–1945 гг. стали жуткой реальностью убийства миллионов

и невероятные страдания еще большего количества людей, как тогдашних врагов, так и представителей своего собственного народа. Психоаналитические работы Александра и Маргарете Мичерлих (например, Mitscherlich & Mitscherlich, 1967) дают некоторые ответы на них. Это такие ответы, которые предвзятые исследования оставляли открытыми. Как можно было с таким восторгом относиться к «фюреру», при разумном рассмотрении идей которого любой человек, ознакомившись с его устными и письменными высказываниями, должен был увидеть, что в них преследуются цели, не выдерживающие никакой серьезной проверки? Разве не складывается впечатление, что здесь были отброшены те критические функции, которые были перечислены в конце предыдущего раздела? Мы можем предположить, что действие господствовавшего тогда всеобщего воодушевления, охватившего даже интеллектуалов, было подобно стихийному бедствию, сметающему на своем пути все плотины. Критические функции у подавляющего большинства не работали. Было уже невозможно реально оценивать сложившуюся обстановку. Подавленные сексуальные потребности выражаются в восторженной влюбленности в «фюрера», в то время как вытесненные агрессивные импульсы проецируются на такие меньшинства, как евреи, и дело доходит до Холокоста. Неудивительно, что при такой предыстории совершенные злодеяния – или просто молчаливое согласие с происходившим – после окончания войны коллективно отрицались. Они в духе защитного механизма отрицания удалялись из сознания точно так же, как и другие неприятные сферы действительности. Признание действительно совершенных злодеяний было бы невыносимым, потому что это означало бы признание вины за них. Это также означало бы чувство стыда перед другими народами. Результатом такой защиты были, с одной стороны, бегство в повышенную активность с неутомимой деятельностью по восстановлению разрушенного, а с другой – уход в депрессию и фатализм.

За более чем 60 лет, прошедшие после окончания войны, много было сделано: открыты памятники жертвам Холокоста и передвижные выставки, рассказывающие о злодеяниях вермахта и миллионах людей, оказавшихся в изгнании, издано бесчисленное количество произведений, прорабатывающих прошлое. Преисполненные надежд, мы заканчиваем эту книгу цитатой из работы Зигмунда Фрейда (Freud, 1927c, S. 377): «Голос интеллекта тих, но он не успокаивается, пока не добьется, чтобы его услышали. В конце концов, хотя его снова и снова, бесконечное число раз ставят на место, он все-таки добивается своего. Это одно из немногих обстоятельств, питающих наш оптимизм относительно будущего человечества».

Литература

Abelin E. L. (1986). Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. In: Stork J. (Hg.) (1986): 45–72.

Abraham K. (1907). Das Erleiden sexueller Traumen als Form infantiler Sexualbetätigung. In: Ders.: (1969), Bd. II:165–179.

Abraham K. (1924). Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: Ders. (1969), Bd. 1:32–145.

Abraham K. (1969). Schriften. 2 Bde. Frankfurt/M.: Fischer, 1969. Nachdruck, 2001, Giessen: Psychosozial.

Adler A. (1922). Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. München/Wiesbaden: J. F. Bergmann. Nachdruck, 2000, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Adorno T. W. (1966). Postscriptum. Zum Verhältnis von Soziologie und Psychologie. Kölner Z Soziologie u Psychologie 18:37–42.

Adorno T. W., Frenkel-Brunswik E., Levinson D. J., Sanford R. N. (1950). The authoritarian personality. New York: Harper. Dt: Studien zum autoritären Charakter. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1995.

Aichhorn A. (1925). Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. Leipzig/Wien/Zürich: Int. Psychoanal. Verlag. Nachdruck, 2005, Bern: Huber.

Alanen Y. (1994). Early treatment for schizophrenic patients. Oslo: Scand. Univ. Press.

Alexander F. (1951). Psychosomatische Medizin. Berlin: De Gruyter. Taschenbuch, 1985.

Alexander F. & French T. (1946). Psychoanalytic therapy. New York: Ronald Press.

Alexander F. & Staub H. (1929). Der Verbrecher und seine Richter. In: Moser T. (Hg.). Psychoanalyse und Justiz: 225–433. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1971.

Altmeyer M. & Thomä H. (2006). Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.

Anzieu D. (1985). Das Haut-Ich. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1994.

Arbeitskreis OPD (1998). Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Bern: Huber.
Argelander H. (1970). Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. 6. Auflage, 1999.
Arlow J. (1986). Panel. On identification in the perversions. Int. J. Psychoanal. 57:245–250.
Arlow J. & *Brenner C.* (1964). Grundbegriffe der Psychoanalyse. Hamburg: Rowohlt, 1976. Neudruck, 1985, Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
Bacal H.A. & Newman K.M. (1990). Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog, 1994.
Balint M. (1966). Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Bern/Stuttgart: Huber & Klett. 2. Auflage Stuttgart: Klett-Cotta, 1997.
Balint M. (1970). Therapeutische Aspekte der Regression. Zur Theorie der Grundstörung. Stuttgart: Klett. 2. Auflage Klett-Cotta, 2002.
Balint M. & Balint E. (1961). Psychotherapeutic techniques in medicine. Dt: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Stuttgart: Klett-Cotta, 1995. Taschenbuch, 2002.
Balint M. & Norell J.S. (1975). Fünf Minuten pro Patient. Frankfurt/M.: Suhrkamp. 2. Auflage, 1982.
Bánk S. (2002). Der Schwimmer. Frankfurt/M.: S. Fischer.
Baranger M., Baranger W. & Mom J.M. (1988). The infantile psychic trauma from us to Freud: Pure trauma, retroactivity and reconstruction. Int. J. Psychoanal. 69:113–128.
Bateson G. et al. (1969). Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 2002.
Bateson G. et al. (1972). Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine Books. Dt: Ökologie des Geistes. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1981.
Beattie H. (2003). The repression and return of bad objects: W.R.D. Fairbairn and the historical roots of theory. Int. J. Psychoanal. 84:1171–1188.
Becker S. (2005). Weibliche und männliche Sexualität. In: Quindeau I. & Sigusch V. (Hg.) (2005): 63–79.
Beckmann D. (1975). Der Analytiker und sein Patient. Bern: Huber. 2. Auflage, 1993.
Beier K.M. (1995). Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin: Springer.
Benjamin J. (1990). The bonds of love. New York: Pantheon. Dt: Die Fesseln der Liebe. Frankfurt/M.: Stroemfeld/Roter Stern.
Bennis W.G. & Shepard H.A. (1956). A theory of group development. Human Relations 9:415-437.

Berner W. (2000). Paraphilie. In: Mertens W. & Waldvogel B. (Hg.) (2000): 543, 2. Auflage, 2002.
Beutel M. E., Stern E. & Silbersweig D. A. (2003). The emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: neuroimaging perspectives. J. Am. Psychoanal. Ass. 51:773–801.
Bibring E. (1953). The mechanism of depression. In: Greenacre P. (Ed). Affective Disorders. New York: IUP.
Bick E. (1968). Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In: Bott Spillius E. (Hg.) (1990/91), Bd. 1:236–240.
Bion W. R. (1961). Experiences in groups and other papers. London: Tavistock. Dt: Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Stuttgart: Klett-Cotta, 2001.
Bion W. R. (1962). Learning from experience. New York: Basic Books. Dt. Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1999.
Bion W. R. (1963). Eine Theorie des Denkens. Psyche Z. Psychoanal. 17:426–435.
Bion W. R. (1967). Second thoughts. Selected papers on psychoanalysis. New York: Basic Books
Blaß H. (2002). Das Bild des genügend guten Vaters und die männliche Fähigkeit, eine Frau achten zu können. Kinderanalyse 10:62–92.
Blaß H. (2006). Erwachsene Liebesbeziehungen und die mentalisierende Rolle des Vaters. In: Dammasch F. & Metzger H.-G. (Hg.) (2006): 42–71.
Blass R. B. & Carmeli Z. (2007). The case against neuropsychoanalysis. Int. J. Psychoanal. 88:19–40.
Bock J. & Braun K. (2002). Frühkindliche Emotionen steuern die funktionelle Reifung des Gehirns. Psychotherapie 7:190–194.
Böker H. (2000). Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen. Giessen: Psychosozial.
Bohleber W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. Psyche Z. Psychoanal. 54:797–839.
Bohleber W. (2002). Editorial: Psychoanalyse und Entwicklungsforschung. Psyche Z. Psychoanal. 56:803–808.
Bohleber W. (2005). Einführung in das Thema der Psyche-Tagung, 2004: Vergangenes im Hier-und-Jetzt. Lebensgeschichtliche Erinnerung im psychoanalytischen Prozeß. Psyche Z. Psychoanal. 59, Beiheft: 2–10.
Bokanowski T. (2005). Variations on the concept of traumatism. Traumatism, traumatic, trauma. Int. J. Psychoanal. 86:251–266.
Bollas C. (1997). Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta. 2. Auflage, 2005.
Bott Spillius E. (Hg.) (1990/91). Melanie Klein heute. 2 Bde. München/Wien: VIP.

Bott Spillius E. (Hg.) (2002). Kleinianische Theorie in klinischer Praxis. In: Frank C. & Weiß H. (Hg). Stuttgart: Klett-Cotta.
Bowlby J. (1975). Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Frankfurt/M.: Fischer. Neuauflage, 2006, München: Reinhardt.
Bowlby J. (1976). Trennung. Psychische Schäden als Folge von Trennung von Mutter und Kind. Frankfurt/M.: Fischer. Neuauflage, 2006, München: Reinhardt.
Bowlby J. (1983). Verlust. Trauer und Depression. Frankfurt/M.: Fischer. Neuauflage, 2006, München: Reinhardt.
Bråten S. (1992). The virtual other in infant's minds and social feelings. In: Wold A. (Ed.). The dialogical alternative: 77–97. Oslo: Scand. Univ. Press.
Brenman E. (1990). Hysterie. Psyche Z. Psychoanal. 44:1063–1081.
Brenman-Pick I. (1988). Durcharbeiten in der Gegenübertragung. In: Bott Spillius E. (Hg.) (1990/91), Bd. 2:45–64.
Britton R. (1992). The oedipus situation and the depressive position. In: Anderson R. (Ed.). Clinical lectures on Klein and Bion: 34–45. London: Routledge & Kegan.
Buchholz M.B. (Hg.) (1993). Metaphernanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Buchholz M.B. (Hg.) (1995). Die unbewußte Familie. Lehrbuch der psychoanalytischen Familientherapie. Stuttgart: Pfeiffer.
Buchholz M.B. (Hg.) *& Gödde G.* (Hg.) (2005). Macht und Dynamik des Unbewussten. Auseinandersetzungen in Philosophie, Medizin und Psychoanalyse. Bd. 1. Giessen: Psychosozial.
Bürgin D. (1998). Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft. Stuttgart: Schattauer.
Busch F. (1993). "In the neighbourhood": Aspects of a good interpretation and a "developmental lag" in ego psychology. J. Am. Psychoanal. Ass. 41:151–17.
Chasseguet-Smirgel J. (Hg.) (1964). Psychoanalyse der weiblichen Sexualität. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1974. Neuauflage, 2001.
Chasseguet-Smirgel J. (Hg.) (1984). Kreativität und Perversion. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1992.
Chasseguet-Smirgel J. (Hg.) (1991). Sadomasochism in the perversions: Some thoughts on the destruction of reality. J. Am. Psychoanal. Ass. 39:399–415.
Cierpka M. (2003). Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer.
Coates S., Friedman R. & Wolf S. (1992). Gender identity disorder in boys: An integrative model. In: Baron J.W., Eagle M.N. & Wolitzky D.L. (Eds). Interface of psychoanalysis and psychology: 242–265. Washington D.C.: American Psychological Association.
Codignola E. (1986). Das Wahre und das Falsche. Essay Über die logische Struktur der psychoanalytischen Deutung. Frankfurt/M.: Fischer.

Cullberg J. (2006). Psychoses. An integrative perspective. New York: Guilford.
Damasio A. R. (1999). Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewußtseins. München: List, 2002.
Dammasch F. & Metzger H.-G. (Hg.) (2006). Die Bedeutung des Vaters. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
Dannecker M. (2005). Männliche und weibliche Sexualität. In: Quindeau I. & Sigusch V. (Hg.) (2005): 80–96.
Dannecker M. & Katzenbach A. (2005). 100 Jahre Freuds «Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie» – Aktualität und Anspruch. Giessen: Psychosozial.
De Masi F. (1997). Intimidation at the helm: Superego and hallucinations in the analytic treatment of a psychosis. Int. J. Psychoanal. 78:561–576.
De Masi F. (2001). Das Unbewußte und die Psychosen. Psyche Z. Psychoanal. 57:1–34.
De Masi F. (2003a) On the nature of intuitive and delusional thought. Int. J. Psychoanal. 84: 1149–1170.
De Masi F. (2003b). The perversions. London: Karnac.
Deneke F.-W. (1999). Psychische Struktur und Gehirn. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage, 2001.
Deserno H. (1990). Die Analyse und das Arbeitsbündnis. München: VIP Neuauflage, 2001, Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch.
Deserno H. (Hg.) (2001). Das Jahrhundert der Traumdeutung. Stuttgart: Klett Cotta.
DGPT (Hg.) (2004). Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Forum Psa. 20:6–125.
Dornes M. (1993). Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt/M.: Fischer.
Dornes M. (1997). Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Frankfurt/M.: Fischer.
Dornes M. (2000). Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt/M.: Fischer.
Dornes M. (2006). Die Seele des Kindes. Frankfurt/M.: Fischer.
Doucet P. (1969–1971). Problematique de la psychose. Amsterdam: Excerpta Medica Foundation, Teil 1: 1969: 264; Teil II: 1971: 450.
Drigalski D. von (1980). Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Ullstein. Neuauflage, 2003, Berlin: Lehmann.
Dümpelmann M. (2001). Das Borderline-Konzept von Kernberg. Eine kritische Betrachtung. In: Mentzos S. & Münch A. (Hg.) (2001). Borderline-Störung und Psychose. Forum Psa. Psychosentherapie 5:38–57.
Eckstaedt A. (1989). Nationalsozialismus in der «2. Generation». Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen. Frankfurt/M.: Suhrkamp. 2. Auflage, 1998.
Egle U. T., Hoffmann S. O. & Steffens M. (1997). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle U. T., Hoff-

mann S. O. & Joraschky. P.: Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung: 3–20. Stuttgart: Schattauer.

Ehlert M. & Lorke B. (1988). Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. Psyche Z. Psychoanal. 42:502–532.

Ehlert-Balzer M. (1996). Das Trauma als Objektbeziehung. Forum Psa. 12:291–314.

Ehlich K., Koerfer A., Redder A. & Weingarten R. (Hg.) (1990). Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Ehrenberg A. (1998). Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt/M.: Campus, 2004.

Eickhoff F. W. (2006). On "Nachträglichkeit": The modernity of an old concept. Int. J. Psychoanal. 87:1453–1470.

Eisenberg L. (2005). Are genes destiny? World Psychiat. 4:5–9.

Elias N. (1969). Über den Prozeß der Zivilisation. Bern: Francke. Neudruck, 2001, Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Erdheim M. (1988). Die Psychoanalyse und das Unbewußte in der Kultur. Frankfurt/M.: Suhrkamp. 2. Auflage, 2001.

Erikson E. H. (1950). Kindheit und Gesellschaft. Klett: Stuttgart, 1961. Neuauflage Stuttgart: Klett-Cotta, 2005.

Erikson E. H. (1975). Lebensgeschichte und historischer Augenblick. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1977. 2. Auflage, 1984.

Ermann M. (2004). Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Frankfurt/M.: Fischer.

Etchegoyen R. H. (1991). Fundamentals of psychoanalytic technique. London: Karnac.

Faimberg H. (1988). The telescoping of generations. Genealogy of certain identifications. Contemp. Psa. 23:99–118.

Fairbairn W. R. D. (1952). Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen. Eine psychoanalytische Objektbeziehungstheorie. Giessen: Psychosozial, 2000.

Federn P. (1956). Ich-Psychologie und die Psychosen. Bern: Huber. Neuauflage, 1998, Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Feinsilver D. (Ed.) (1986). Schizophrenic disorders. Psychoanalytic essays in memory of P. N. Pao. London: Analytic Press.

Felitti V. J. et al. (2007). Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE) – Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Trauma u Gewalt 2:18–32.

Fenichel O. (1934–1938). 119 Rundbriefe, Bd. I: Europa. Reichmayr J. & Mühlleitner E. (Hg.). Frankfurt/M.–Basel: Stroemfeld, 1998.

Fenichel O. (1945). Psychoanalytische Neurosenlehre. Freiburg: Walterm 1975. Neuauflagem 2005, Giessen: Psychosozial.

Ferenczi S. (1912). Symbolische Darstellung des Lustund Realitätsprinzips im Ödipus-Mythos. Imago 1:25–47.

Ferenczi S. (1924). Versuch einer Genitaltheorie. Leipzig/Wien/Zürich: Int. Psychoanal. Verl.
Ferenczi S. (1931). Kinderanalysen mit Erwachsenen. In: Ders.: Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. III:490–510, Bern: Huber, 1964.
Ferenczi S. (1932). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft. In: Ders.: Bausteine der Psychoanalyse, Bd. III:511–525, Bern: Huber, 1964.
Ferro A. (1999). Das bipersonale Feld. Giessen: Psychosozial, 2003.
Fetscher R. (1978). Grundlinien der Tiefenpsychologie von S. Freud und C. G. Jung in vergleichender Darstellung. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog.
Fhtenakis W. E. (1985). Väter. München: Urban & Schwarzenberg. München: dtv, 1988.
Filipini S. (2005). Perverse relationships: The perspective of the perpetrator. Int. J. Psychoanal. 86:755–773.
Finger-Trescher U. (1991). Wirkfaktoren der Einzelund Gruppenanalyse. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog.
Fischer G. & Riedesser P. (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: UTB.
Fisher S. & Greenberg R. P. (1996). Freud scientifically reappraised. New York: Wiley.
Fivaz-Depeursinge E. & Corboz-Warnery A. (1999). The primary triangle. New York: Basic Books.
Flader D., Grodzicki W.-D. & Schröter K. (1982). Psychoanalyse als Gespräch. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Fonagy P. (2001). Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003.
Fonagy P., Target M., Steele M. & Gerber A. (1995): Psychoanalytic perspectives on developmental psychopathology: a review of the literature. In: Cicchetti D. & Cohen D. H. (Ed.). Developmental Psychopathology: 15–39, New York: Wiley.
Fonagy P., Kächele H., Krause R., Jones E., Perron R. & Clarkin J. F. (2002). An open door review of outcome studies in psychoanalysis. London: I PA.
Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L. & Target M. (2002). Affektregulierung, Mentalisierung und Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta, 2004.
Foulkes S. H. (1964). Therapeutic group analysis. Dt. Gruppenanalytische Psychotherapie. München: Kindler, 1974. Neuauflage, 1992, Stuttgart: Pfeiffer.
Freedman N. (1986). On depression: The paralysis, annihilation and reconstruction of meaning. In: Masling J. (Ed.). Empirical studies of psychoanalytic theories, 2 Vols: Vol. I, 107–149. Hillsdale: Analytic Press.
Freiburger Literaturpsychologische Gespräche (1981ff). Würzburg: Königshausen & Neumann.

Freud A. (1936). Das Ich und die Abwehrmechanismen. London: Imago. Neuauflage, 1984, Frankfurt/M.: Fischer.
Freud S. (1894a). Die Abwehr-Neuropsychosen. GW I:59–74.
Freud S. (1895d) (zusammen mit J. Breuer). Studien Über Hysterie. GW I:75–312.
Freud S. (1900a). Die Traumdeutung. GW II/III.
Freud S. (1901b). Zur Psychopathologie des Alltagslebens. GW IV.
Freud S. (1904a). Die Freudsche psychoanalytische Methode. GW V:1–10.
Freud S. (1905a). Über Psychotherapie. GW V:13–26.
Freud S. (1905c). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten. GW VI.
Freud S. (1905d). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW V:27–145.
Freud S. (1905c). Bruchstück einer Hysterie-Analyse. GW V:161–286.
Freud S. (1908b). Charakter und Analerotik. GW VII:201–210.
Freud S. (1908c). Über infantile Sexualtheorien. GW VII:169–188.
Freud S. (1908d). Die «kulturelle» Sexualmoral und die moderne Nervosität. GW VII:141–167.
Freud S. (1909b). Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben [Der kleine Hans] GW VII:241–377.
Freud S. (1909d). Bemerkungen Über einen Fall von Zwangsneurose [Der Rattenmann]. GW VII:379–463.
Freud S. (1910a). Über Psychoanalyse. GW VIII:1–60.
Freud S. (1910c). Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. GW VIII:127–211.
Freud S. (1910d). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. GW VIII:104–115.
Freud S. (1911b). Formulierungen Über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. GW VIII:230–238.
Freud S. (1911c). Psychoanalytische Bemerkungen Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von paranoia (Dementia paranoides). GW VIII:23–320.
Freud S. (1912e). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW VIII:376–387.
Freud S. (1913i). Die Disposition zur Zwangsneurose. GW VIII:442–452.
Freud S. (1914c). Zur Einführung des Narzißmus. GW X:137–170.
Freud S. (1914g). Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten. GW X:126–136.
Freud S. (1915b). Zeitgemäßes Über Krieg und Tod. GW X:323–340.
Freud S. (1915c). Triebe und Triebschicksale. GW X:209–232.
Freud S. (1915e). Das Unbewußte. GW X:263–303.
Freud S. (1916–1917a). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW XI.
Freud S. (1916–1917g). Trauer und Melancholie. GW X:427–446.
Freud S. (1918b). Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. GW XII:27–157.

Freud S. (1920g). Jenseits des Lustprinzips. GW XIII:1–69.
Freud S. (1921b). Massenpsychologie und Ich-Analyse. GW XIII:71–161.
Freud S. (1923a). «Psychoanalyse»; «Libidotheorie». GW XIII:209–233.
Freud S. (1923b). Das Ich und das Es. GW XIII:237–289.
Freud S. (1924b). Neurose und Psychose. GW XIII:385–391.
Freud S. (1924d). Der Untergang des Ödipuskomplexes. GW XIII:393–403.
Freud S. (1924c). Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. GW XIII:361–368.
Freud S. (1924f). Kurzer Abriß der Psychoanalyse. GW XIII:403–427.
Freud S. (1926d). Hemmung, Symptom und Angst. GW XIV:111–205.
Freud S. (1926e). Die Frage der Laienanalyse. GW XIV:207–286.
Freud S. (1927c). Die Zukunft einer Illusion. GW XIV:323–380.
Freud S. (1927e). Fetischismus. GW XIV:309–317.
Freud S. (1930a). Das Unbehagen in der Kultur. GW XIV:419–506.
Freud S. (1933a). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW XV.
Freud S. (1937d). Konstruktionen in der Analyse. GW XVI:41–56.
Freud S. (1937c). Die endliche und die unendliche Analyse. GW XVI: 57–99.
Freud S. (1939a). Der Mann Moses und die monotheistische Religion. GW XVI:101–245.
Freud S. (1940a). Abriß der Psychoanalyse. GW XVII:63–138.
Freud S. (1940e). Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. GW XVII:57–62.
Freud S. (1950c [1895]). Entwurf einer Psychologie. GW Nachtr.: 387–477.
Freud S. (1985c): Briefe an Wilhelm Fließ, 1887–1904. Masson J.M. (Hg.). Frankfurt/M.: Fischer, 1986.
Friedmann R.C. & Downey J. (1994). Homosexuality. New English J. Med. 331:923–930.
Frosch J. (1990). Psychodynamic psychiatry, 2 Vols. New York: IUP.
Fuchs T. (2000). Wahnkrankheiten. In: Helmchen H. et al. (Hg) (2000): 597–618.
Gabbard G.O. (1994). Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington: Am. Psych. Press.
Gabbard G.O. (1999). Gegenübertragung. Die Herausbildung einer gemeinsamen Grundlage. Psyche Z. Psychoanal. 53:972–990.
Gadamer H.-G. (1960). Wahrheit und Methode. Tübingen: J.C.B. Mohr. Neuauflage, 2007, Berlin: Akademie-Verlag.
Gast U., Rodewald F., Hofmann A., Mattheß H., Nijenhuis E., Reddemann L. & Emrich H.M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung. DÄ 103: C 2664–2670.
Geißler P. (2003). Körperbilder. Giessen: Psychosozial.

Gergely G. (2000). Ein neuer Zugang zu M. Mahler: Normaler Autismus, Symbiose, Spaltung und libidinöse Objektkonstanz aus der Perspektive der kognitiven Entwicklungstheorie. Psyche Z. Psychoanal. 56, 2002: 829–838.

Gerzi S. (2005). Trauma, narcissism and the two attractors in trauma. Int. J. Psychoanal. 86:1033–1050.

Gill M.M. (1984). Transference a change in conception or only in emphasis? A response. Psa. Inquiry 4:489–523.

Glover E. (1925). Notes on oral character formation. Int. J. Psychoanal. 6:131–154.

Goldberg A. (1995). The problem of perversion. London/Yale: Univ. Press.

Goodwin F.K. & Jamison K.R. (1990). Manic depressive illness. New York: Oxford Press.

Gottdiener W.H. & Haslam N. (2002). Der Nutzen der Einzeltherapie für schizophrene Menschen. Eine Metaanalyse. In: Müller T. & Matejek N. (Hg.) (2006). Empirische Forschung in der Psychosentherapie. Forum Psa. Psychosentherapie 16:7–44.

Grawe K.R., Donati R. & Bernauer F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Gray P. (1994). The ego and analysis of defense. London: Analytic Press.

Green A. (1986). Geheime Verrücktheiten. Giessen: Psychosozial, 2004.

Green A. (2002a). Die zentrale phobische Position. Psyche Z. Psychoanal. 56:409–441.

Green A. (2002b). Dual conception of narcissism. Positive and negative organization. Psa. Q. 71:631–650.

Greenberg J. & Mitchell S. (1983). Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge: Harvard Univ. Press.

Greenson R.R. (1968). Dis-identifying from mother. Its special importance for the boy. Int. J. Psychoanal. 49:370–374.

Greenson R.R. (1974). Die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta. Neuauflage, 2000.

Grinberg L. (1991). Brief an Sigmund Freud. In: Sandler J. (Hg.) (1991): 133–147.

Grossmann K.E. & Grossmann K. (Hg.) (2003). Bindung und menschliche Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grotstein J. (1983). Deciphering the schizophrenic experience. Psa. Inquiry 3:37–69.

Grotstein J. (1990). Nothingness, meaninglessness, and the "Black Hole". Contemp. Psa. 26: I:257–290, II:377–407.

Grubrich-Simitis I. (1979). Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma. Psyche Z. Psychoanal. 33:991–1023.

Grubrich-Simitis I. (1987). Trauma oder Trieb – Trieb und Trauma. Lektionen aus Freuds phylogenetischer Phantasie von 1915. Psyche Z. Psychoanal. 41:992–1023.

Grünbaum A. (1984). Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik. Stuttgart: Reclam, 1988.

Grunberger B. (1988). Narziss und Anubis. Die Psychoanalyse jenseits der Triebtheorie. 2 Bde. München/Wien: VIP Neuauflage 2002, Stuttgart: Klett-Cotta.

Gullestad S.E. (2005). Who is "who" in dissociation? A plea for psychodynamics in a time of trauma. Int. J. Psychoanal. 86:639–656

Gutwinski-Jeggle J. (1987). Das Arzt-Patient-Verhältnis im Spiegel der Sprache. Heidelberg: Springer.

Habermas J. (1968). Erkenntnis und Interesse. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1975, Neuauflage, 2001.

Hadley J.L. (1989). The neurobiology of motivational systems. In: Lichtenberg J.D. (Ed.) (1989): 337–372.

Haesler L. (1995). Auf der Suche nach einer erträglichen Welt. Über den Umgang des Menschen mit der Wirklichkeit. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Hardtke R. (2005). The basic traumatic situation in the analytical relationship. Int. J. Psychoanal. 86:267–290.

Harlow H.F. & Zimermann R.R. (1958). The development of affectional responses in infant monkeys. Proc. Am. Philosophical Soc. 102:501–509.

Hartmann H. (1927). Die Grundlagen der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett, 1972.

Hartmann H. (1964). Zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hartmann H.-P. & Milch W. (2000). Übertragung und Gegenübertragung. Giessen: Psychosozial.

Hartmann H., Milch W., Kutter P. & Paäl J. (2007). Das Selbst im Lebenszyklus. Giessen: Psychosozial.

Haubl R. & Lamott F. (Hg.) (1994). Handbuch der Gruppenanalyse. Berlin/München: Quintessenz.

Haubl R. & Mertens W. (1996). Der Psychoanalytiker als Detektiv. Eine Einführung in die psychoanalytische Erkenntnistheorie. Stuttgart: Kohlhammer.

Haynal A. (1989). Die Technik-Debatte in der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer. Neuauflage, 2000, Giessen: Psychosozial.

Hayne M. & Kunze D. (Hg.) (2004). Moderne Gruppenanalyse. Theorie, Praxis und Anwendungsgebiete. Giessen: Psychosozial.

Heberle B. (2006). Die frühe Vater-Kind-Beziehung. In: Dammasch F. & Metzger H.-G. (Hg.) (2006): 20–41.

Heigl-Evers A. & Heigl F. (1979). Struktur und Prozeß in der analytischen Gruppentherapie. In: Heigl-Evers A. (Hg.). Lewin und die Folgen. München: Kindler, 778–789.

Helmchen H., Henn F., Lauter H. & Sartorius N. (Hg.) (2000). Schizophrenie und affektive Störungen. Bd. 5. Psychiatrie der Gegenwart. Heidelberg: Springer.
Henningsen F. (2005). Destruction and guilt. Int. Psychoanal. 86:353–374.
Henseler H. (1974). Narzißtische Krisen. Zur Psychologie des Selbstmords. Reinbek: Rowohlt. Neuauflage, 2000, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
Herold R. & Weiß H. (2000). Übertragung. In: Mertens, W& Waldvogel B. (Hg.) (2000): 758–771. 2. Auflage 2002.
Hermann I. (1993). Die Psychoanalyse als Methode. Köln-Opladen: Westdeutscher Verlag.
Hinshelwood R.D. (1989). Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Stuttgart: VIP, 1993. Neuauflage, 2004, Stuttgart: Klett-Cotta.
Hirsch M. (Hg.) (1989). Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens. Heidelberg: Springer. Neuauflage, 1998, Giessen: Psychosozial.
Hoffmann S.O. (1979). Charakter und Neurose. Frankfurt/M.: Suhrkamp. Neuauflage, 1984.
Hoffmann S.O. (1999). Die phobischen Störungen (Phobien). Forum Psa. 15:237–252.
Hoffmann S.O. & Hochapfel G. (2005). Einführung in die Neurosenlehre. Stuttgart: Schattauer.
Horkheimer M. (1963). Über das Vorurteil. Köln: Westdeutscher Verlag.
Horkheimer M. & Adorno T. (1947). Dialektik der Aufklärung. Frankfurt/M.: Fischer, 1984. Neuauflage, 2006.
Husserl E. (1900/1901). Logische Untersuchungen. 2 Bde. Halle: Niemeyer. Taschenbuch, 1993.
Isaacs S. (1952). The nature and function of phantasy. Int. J. Psychoanal. 29:75–97.
Isay R.A. (1989). Being homosexual: Gay men and their development. New York: Farrar, Straus, Giroux.
Jacobs T.J. (1986). On countertransference enactments. J. Am. Psychoanal. Ass. 34:289–307.
Jacobson E. (1964). Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1973. 2. Auflage, 1982.
Jacobson E. (1971). Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Frankfurt/M.: Suhrkamp. 3. Auflage, 1983.
Jahrbuch der Psychoanalyse (2003). Perverse Elemente in der Übertragung. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog.
Jones E. (1916). The theory of symbolism. In: Ders.: Papers on psychoanalysis. Boston: Eacon Press 1961. Dt: Die Theorie der Symbolik. In: Ders:

Die Theorie der Symbolik und andere Aufsätze: 50–114. Frankfurt/M.: Athenäum, 1987.
Jordan J., Bardé B. & Zeiher A.M. (Ed.) (2007). Contributions toward evidence-based psychocardiology. A systematic review of the literature. Washington, DC: American Psychological Association.
Joseph B. (1981). Towards the experiencing of psychic pain. In: Dies.: Psychic equilibrium and psychic change: 88–99. London: Routledge & Kegan, 1989.
Kächele H. (1992). Psychoanalytische Psychotherapieforschung 1930–1990. Psyche Z. Psychoanal. 46:259–286.
Kafka J.S. (1991). Jenseits des Realitätsprinzips. Multiple Realitäten in Klinik und Theorie der Psychoanalyse. Heidelberg: Springer.
Kandel J. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. Am. J. Psychiatry 156, 4:15–38.
Katan M. (1954). The importance of the nonpsychotic part of the personality in schizophrenia. Int. J. Psychoanal. 35:119–130.
Kernberg O.F. (1975). Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp, Taschenbuch, 2000.
Kernberg O.F. (1976). Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981. 2. Auflage, 1997.
Kernberg O.F. (1980). Innere Welt und äußere Realität. München: VIP, 1988.
Kernberg O.F. (1984). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta, 1988. 2. Auflage, 2006.
Kernberg O.F. (Ed.) (1989). Narcissistic personality disorders. Philadelphia: Clin. N. A. Vol. 12. №3.
Kernberg O.F. (1992). Wut und Haß. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen. Stuttgart: Klett-Cotta. 2. Auflage, 1997.
Kernberg O.F. (1998). Ideology, conflict and leadership. Dt: Ideologie, Konflikt und Führung. Stuttgart: Klett-Cotta, 2000.
Kernberg O.F. (2001). Affekt, Objekt und Übertragung. Giessen: Psychosozial.
Kernberg O.F., Dulz B. & Sachsse U. (Hg.) (1999). Handbuch der Borderlinestörungen. Stuttgart: Schattauer.
Keseling G. & Wrobel A. (Hg.) (1983). Latente Gesprächsstrukturen. Weinheim: Beltz Kerz-Rühling I. (1991). Nachträglichkeit. Psyche Z. Psychoanal. 47:911–933.
Kestenberg J. (1989). Neue Gedanken zur Transposition. Jb Psychoanal. 24:163–189.
Khan M.M.R. (1974). Selbsterfahrung in der Therapie. München: Kindler. Neuauflage, 2004, Eschborn: Klotz.
Khan M.M.R. (1977). Das Werk von D.W. Winnicott. In: Eicke D. (Hg.). Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 3:219–252. Weinheim: Beltz.

Khan M. M. R. (1979). Entfremdung bei Perversionen. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1983. Neuauflage, 2002, Giessen: Psychosozial.

Kinston W. & Cohen J. (1986). Primal repression: Clinical and theoretical aspects. Int. J. Psychoanal. 67:337–355.

Klauber J. (1980). Schwierigkeiten in der analytischen Begegnung. Frankfurt/M.: Suhrkamp. 2. Auflage, 1988.

Kleij G. van der (1982). About the matrix. Group Analysis XV:219–234.

Klein M. (1962). Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta. Neuauflage, 2006.

Klitzing K. V. (2002). Frühe Entwicklung im Längsschnitt. Psyche Z. Psychoanal. 56:863–887.

Köhler L. (1996). Entstehung von Beziehungen: Bindungstheorie. In: Uexküll T. V. (Hg.) (2005): 222–230.

Köhler L. (2000). Die von Heinz Kohut begründete Selbstpsychologie. In: Kutter P. (Hg.) (2000): 9–27.

Körner J. (1985). Vom Erklären zum Verstehen in der Psychoanalyse. Göttingen: Van-denhoeck & Ruprecht.

Kogan I. (1990). Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden. Psyche Z. Psychoanal. 44:533–544.

Kohon E. (1986). The British school of psychoanalysis: The independent tradition. London: Free Ass. Books.

Kohut H. (1971). Narzißmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1973. Neuauflage, 2002.

Kohut H. (1977). Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1979. 2. Auflage, 1999.

Kolk B. A. v. d. (1996) (Ed.). Traumatic stress. New York: Gilford. Dt: Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann.

Koukkou M., Leuzinger-Bohleber M. & Mertens W. (Hg.) (1998). Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog, 2 Bde. Stuttgart: VIP.

Krause R. (1983). Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihre Beziehung zu psychischen Störungen. Psyche Z. Psychoanal. 37:1016–1043.

Krause R. (1988). Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der frühen Störungen. Psychother. Med. Psychol. 38:77–86.

Krause R. (1997/98). Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, 2 Bde. Stuttgart: Kohlhammer.

Krause R. & Lütolf P. (1988). Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment. In: Dahl H. & Kächele H.: Psychoanalytic process research strategies. Heidelberg: Springer.

Krause R. & Merten J. (1996). Affekte, Beziehungsregulierung. Übertragung und Gegenübertragung. Z. Psychosom. Med. 42:261–280.

Krystal H. (2000). Psychische Widerständigkeit. Anpassung und Restitution bei Holocaust-Überlebenden. Psyche Z. Psychoanal. 54:840–859.
Küchenhoff J. (1985). Das hypochondrische Syndrom. Nervenarzt 56:225–236.
Küchenhoff J. (1994). Spezifitätsmodelle in der psychosomatischen Medizin. Z. psychosom. Med. 40:236–248.
Küchenhoff J. (1995). Biopsychosoziale Wechselwirkungen im Krankheitsverlauf des Morbus Crohn. Z. Psychosom. Med. 41:306–328.
Küchenhoff J. (2005). Trauma, Konflikt, Repräsentation. Trauma und Konfliktein Gegensatz? In: Ders.: Die Achtung vor dem Anderen: 309–327. Weilerswist: Velbrück.
Küng H. (1987). Freud und die Zukunft der Religion. München: Piper.
Kuiper P. C. (1968). Die seelischen Krankheiten des Menschen. Stuttgart: Klett.
Kuiper P. C. (1976). Die Verschwörung gegen das Gefühl. Stuttgart: Klett-Cotta.
Kutter P. (1976). Elemente der Gruppentherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Kutter P. (1978). Die menschlichen Leidenschaften. Stuttgart/Berlin: Kreuz Verlag. Neuauflage: Liebe, Haß, Neid, Eifersucht. Eine Psychoanalyse der Leidenschaften. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1994.
Kutter P. (1981). Empathische Kompetenz – Begriff, Training, Forschung. Psychother. Med. Psychol. 31:37–41.
Kutter P. (1986). Vater und Sohn, eine konfliktreiche Beziehung. In: Stork J. (Hg.) (1986): 31–44.
Kutter P. (1989). Moderne Psychoanalyse. Eine Psychologie unbewußter Prozesse. München: Verl. Int. Psychoanalyse. 3. Auflage Stuttgart: Klett-Cotta.
Kutter P. (Hg.) (1992/1995). Psychoanalysis International. A guide to psychoanalysis throughout the world. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
Kutter P. (1993a). Vatersehnsucht. Eine Fallstudie. Psychologie in der Medizin 4:25–29.
Kutter P. (1993b). Basis-Konflikt, Übertragungs-Spaltung und Spiegel-Phänomene. In: Bardé B. & Mattke D. (Hg.). Therapeutische Teams: 270–293. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Kutter P. (Hg.) (1997). Psychoanalyse interdisziplinär. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Kutter P. (Hg.) (2000). Psychoanalytische Selbstpsychologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Kutter P. (2001). Affekt und Körper. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Kutter P. (2002). Fragen zur Aggressivität. Jb Psychoanal. 44:172–196.
Kutter P. (2004). Psychoanalytische Interpretation und empirische Methoden. Auf dem Weg zu einer empirisch fundierten Psychoanalyse. Giessen: Psychosozial.

Kutter P. (2006). Das Stuttgarter psychotherapeutische Institut. Wolfgang Loch und die Anfänge der DPV – Arbeitsgemeinschaft Stuttgart-Tubingen. Luzifer-Amor 37:115–133.

Kutter P., Páramo-Ortéga R. & Zagermann P. (Hg.) (1988). Die psychoanalytische Haltung. München: VIP.

Kutter P., Páramo-Ortéga R. & Müller T. (1998). Weltanschauung und Menschenbild in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kutter P. & Müller T. (1999). Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. In: Hinz H. (Hg.): Loch W. Die Krankheitslehre der Psychoanalyse: 195–290, Stuttgart: Hirzel. 6. Auflage.

Kutter P., Paäl J., Schöttler C., Hartmann H.-P. & Milch W. (2006). Der therapeutische Prozess. Giessen: Psychosozial.

Lacan J. (1953). Funktion und Feld des Sprechens und der Sprache in der Psychoanalyse. Schriften 1:71–169, Weinheim: Quadriga, 1986.

Lacan J. (1956). Die Psychosen. Das Seminar 3. Weinheim: Quadriga, 1997.

Lachmann F. M. & Fosshage J. L. (1996). Zehn Prinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik. Stuttgart: Pfeiffer, 2000.

Laing R. D. (1969). Mystifizierung, Konfusion und Konflikt. In: Bateson G. et al. (1969): 274–304.

Langegger F. (2006). High-Risk-Kinder für Schizophrenie. Eine Übersicht. In: Müller T. & Matejek N. (Hg.) (2006). Empirische Forschung in der Psychosentherapie. Forum Psa. Psychosentherapie 16:68–101.

Laplanche J. (1975). Hölderlin und die Suche nach dem Vater. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog.

Laplanche J. (1987). Nouveau fondaments pour la psychanalyse. Paris: PUF.

Laplanche J. (1988). Die allgemeine Verführungstheorie und andere Aufsätze. Tübingen (ed. diskord).

Laplanche J. & Pontalis J. P. (1967). Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1972, Neuauflage, 2002.

Laub D. (1998). The empty circle. Children of survivors and the limits of reconstruction. J. Am. Psychoanal. Ass. 46:507–529.

Laub D. (2000). Eros oder Thanatos? Der Kampf um die Erzählbarkeit des Traumas. Psyche Z. Psychoanal. 54:860–894.

Leichsenring F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. Int. J. Psychoanal. 86:841–868.

Lempa G. (1992). Zur psychoanalytischen Theorie der psychotischen Symptombildung. In: Mentzos S. (Hg.). Psychose und Konflikt: 29–77. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1995.

Leuschner W. (2000). Traum. In: Mertens W. & Waldvogel B. (Hg.) (2000): 721–727, 2. Auflage, 2002.

Leuzinger-Bohleber M. (1995). Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungs-instrument. Psyche Z. Psychoanal. 49: 435–479.

Leuzinger-Bohleber M. (2006). Es ging mir fürchterlich schlecht damals – nun bin ich seit zehn Jahren ohne Symptome. In: Müller T. & Matejek N. 2006 (Hg.): Empirische Forschung in der Psychosentherapie. Forum Psa. Psychosentherapie 16:45–67.

Leuzinger-Bohleber M. & Stuhr U. (1997). Psychoanalysen im Rückblick. Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung. Giessen: Psychosozial.

Leuzinger-Bohleber M., Stuhr U., Rüger B. & Beutel M.E. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien. Psyche Z. Psychoanal. 55:193–276.

Leuzinger-Bohleber M. & Bruns G. (2004). Präambel. Forum Psa. 20:13–14.

Leuzinger-Bohleber M., Deserno H. & Hau S. (Hg.) (2004). Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Stuttgart: Kohlhammer.

Lewin B.D. (1961). Psychoanalysis of elation. Dt: Das Hochgefühl. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1982.

Lichtenberg J.D. (1983). Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Heidelberg: Springer, 1991.

Lichtenberg J.D. (Ed.) (1989). Psychoanalysis and motivation. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Lichtenberg J.D. (1995). Überlegungen zu einer Theorie der Technik. In: Kutter P. et al.: Der therapeutische Prozess: 99–117, Frankfurt/M.: Suhrkamp. Neuauflage, 2006, Giessen: Psychosozial, 111–148.

Lichtenstein H. (1961). Identity and sexuality. J. Am. Psychoanal. Ass. 9:95–102.

Limentani A. (1991). Neglected fathers in the aetiology treatment of sexual deviations. Int. J. Psychoanal. 72:573–584.

Loch W. (1972). Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer.

Loch W. (1981). Triebe und Objekte. Jb Psychoanal. 13:54–82.

Loch W. (1999). Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Hinz H. (Hg.). Stuttgart: Hirzel. 6. Auflage.

Loch W. & Jappe G. (1974). Die Konstruktion der Wirklichkeit und die Phantasien. Psyche Z. Psychoanal. 28:1–31.

Loewenstein R.M. (1968). Psychoanalyse des Antisemitismus. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

London N.J. (1973). An essay of psychoanalytic theory: Two theories on schizophrenia. Int. J. Psychoanal. 54, I/II:9–193.

Lorenzer A. (1970). Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/M.: Suhrkamp. Taschenbuch, 2000.

Lorenzer A. (1974). Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Frankfurt/M.: Suhrkamp. Neuauflage, 1988.

Lorenzer A. (1984). Intimität und soziales Leid. Archäologie der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer.

Lorenzer A. (1985). Das Verhältnis der Psychoanalyse zu ihren Nachbardisziplinen. In: Ders. (1988). Kulturanalysen. Frankfurt/M.: Fischer.

Luborsky L. (1995). Einführung in die analytische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 2. Auflage.

Mahler M. S., Pine F. & Bergmann A. (1975). Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/M.: Fischer, 1978. Neuauflage, 1999.

Maier C. (2006). Übertragungspsychose. Psyche Z. Psychoanal. 60:291–318.

Marcuse H. (1955). Eros and civilisation. Boston: Beacon Press. Dt: Triebstruktur und Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1969; Neuauflage, 1997.

Marneros A. (1989). Schizoaffektive Psychosen. Diagnose, Therapie und Prophylaxe. Heidelberg: Springer.

Marty P. & de M'Uzan M. (1963). La pensee operatoire. Revue Franaise de Psychanalyse 27:345–356. Dt: Das operative Denken. Psyche Z. Psychoanal. 32:974–984.

Masson J. M. (1984). The assault on truth. New York: Farrar, Straus & Giroux. Dt: Was hat man dir, du armes Kind, getan? Reinbek: Rowohlt 1986. Neuauflage 1994, Freiburg: Kore.

McDougall J. (1978). Plädoyer für eine gewisse Anormalität. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1989.

McDougall J. (1982). Theater der Seele. Illusion und Wahrheit auf der Bühne der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992.

McGlashan T. (1984). The chestnut lodge follow-up study II. Longterm outcome of schizophrenia and the affective disorders. Archives of General Psychiatry 41:586–601.

Meltzer D. (1973). Sexual states of mind. Perth: Clunie Press.

Menninger K. & Holzman P. (1958). Theory of analytic technique. New York: Basic Books. Dt: Theorie der psychoanalytischen Technik. Stuttgart: frommann-holzboog, 1977.

Mentzos S. (Hg.) (1984). Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Frankfurt/M.: Fischer.

Mentzos S. (Hg.) (1995). Depression und Manie. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

Mentzos S. (Hg.) (2000). Die «endogenen» Psychosen als Psychosomatosen des Gehirns. In: Müller T. & Matejek N. (Hg.) (2000). Ätiopathogenese psychotischer Erkrankungen. Forum Psa. Psychosentherapie 3:13–33.

Mentzos S. (Hg.) (2003). Psychodynamik und Therapie affektiver Psychosen. In: Müller T. & Matejek N. (2003). Affektive Psychosen. Forum Psa. Psychosentherapie 9:1–17.

Mertens W. (1981). Neue Perspektiven der Psychoanalyse. Stuttgart: Kohlhammer.

Mertens W. (1992). Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Stuttgart: Kohlhammer.

Mertens W. (2007). Zur Konzeption des Unbewussten – Einige Überlegungen zu einer interdisziplinären Theoriebildung zum Unbewussten. In: Geus-Mertens E. (Hg.). Eine Psychoanalyse für das 21. Jahrhundert: 114–163. Stuttgart: Kohlhammer.
Mertens W. & Waldvogel B. (Hg.) (2000). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer. 2. Auflage, 2002, 3. Auflage, 2007.
Metzger H. G. (2002). Zwischen Dyade und Triade. Neue Horizonte und traditionelle Rollen für den Vater. In: Steinhardt K., Datler W. & Gstach J. (Hg.): Die Bedeutung des Vaters in der frühen Kindheit. Giessen: Psychosozial, 29–42.
Meyer A.-E. (1981). Psychoanalytische Prozeßforschung zwischen der Skylla der «Verkürzung» und der Charybdis der «systematischen akustischen Lücke». Z Psychosom Medizin 27:103–106.
Milch W. (2001). Lehrbuch der Selbstpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
Milgram S. (1969). Obedience to authority. New York: Harper & Row. Dt: Das Milgram-Experiment. Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autorität. Reinbek: Rowohlt, 1974, Neuauflage, 1997.
Mitscherlich A. (1967). Bedingungen der Chronifizierung psychosomatischer Krankheiten. Die zweiphasige Abwehr. In: Ders.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin 2:42–54. Frankfurt/M.: Suhrkamp. 2. Auflage, 1975. Gesammelte Schriften, Bd. II:142–153, Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1983.
Mitscherlich A. & Mitscherlich M. (1967). Die Unfähigkeit zu trauern. In: Gesammelte Schriften, Bd. IV, Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1983.
Mitscherlich-Nielsen M. (1978). Das Ende der Vorbilder. München: Piper. Hörkassette, 1997.
Moberly E. R. (1983). Psychogenesis. The early development of gender identity. London: Routledge & Kegan.
Modell A. (1991). The centrality of the psychoanalytic setting and the changing aims of treatment. Psa. Q. 57:577–596.
MöllerH.-J. (1978). Psychoanalyse, erklärende Wissenschaft oder Deutungskunst? München: Fink.
Morgenthaler F. (1984). Homosexualität, Heterosexualität, Perversion. Frankfurt/M.: Qumran. Neuauflage, 2004, Giessen: Psychosozial.
Moser T. (1989). Körpertherapeutische Phantasien. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Moser U. (2005). Transformationen und affektive Regulierung in Traum und Wahn. Psyche Z. Psychoanal. 59: 718–765.
Moser U. & Zeppelin I. V. (1996). Zur Entwicklung des Affektsystems. Psyche Z. Psychoanal. 50:32–84.
Müller T. (1990). Antike Rhetorik und bürgerliche Identität. Tubingen: Niemeyer.
Müller T. (1999). Unbewußte Inszenierungen in der Behandlung schizophrener Psychosen. Psyche Z. Psychoanal. 53:711–741.

Müller T. (2001). Über psychotische Persönlichkeitsorganisation. In: Schwarz F. & Maier C. (Hg.). Psychotherapie der Psychosen: 28–38. Stuttgart: Thieme.
Müller T. (2003a). Über psychotische Identifizierungen. Psyche Z. Psychoanal. 57:35–62.
Müller T. (2003b). Zur Verwerfung bei einem Fall psychotischer Hypochondrie. In: Nissen B. (Hg.) (2003): 253–276.
Müller T. (2004a). On psychotic transference and counter transference. Psa. Q. 73:413–451.
Müller T. (2004b). Die Beziehung zwischen psychotischen und nicht-psychotischen Persönlichkeitsanteilen. Z. Psa. Theorie u Praxis 19:201–230.
Müller T. (2007). Rahmen, Setting. In: Mertens W. & Waldvogel B. (Hg.) (2000), 3. Aufl. 2007 (im Druck).
Müller T. (2008). Ausgewählte Probleme der Behandlungstechnik in der Psychosentherapie. Z. Psa. Theorie u Praxis 22 (im Druck).
Mueser K. T. & Berenbaum H. (1990). Psychodynamic treatment for schizophrenia: Is there a future? Psychol. Med. 20: 253–262.
Nacht S. (1958). La theorie psychanalytic du delire. Rev Franchise de Psychanalyse 22:4–5, 417–512.
Nagera H. (1966). Grundbegriffe der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer, 1974. Neuauflage, 2007, Eschborn: Klotz.
Nayfack B. (1994). Comparison of therapists with highest and lowest outcome schizophrenia-diagnosed patients in Chestnut Lodge follow-up study. Int. Sc. Psychother. Schiz. (Tagungsbericht).
Nemes L. & Berényi G. (1999). Die Budapester Schule der Psychoanalyse. Budapest: Akadémiai Kiadó.
Nemiah J. C. & Sifneos P. E. (1970). Affect and phantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill O.W. (Ed.). Modern trends in psychosomatic medicine: 26–34. London: Butterworth.
Nissen B. (Hg.) (2003). Hypochondrie. Eine psychoanalytische Bestandsaufnahme. Giessen: Psychosozial.
Nunberg H. (1930). Die synthetische Funktion des Ich. Int. Z. Psa. 16:301–318.
Nunberg H. (1959). Allgemeine Neurosenlehre. Bern: Huber. Neuauflage, 1975.
Nunberg H. & Federn E. (Hg.) (1976–1981). Protokolle der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Bd. 1 (1906–1908), Bd. 2 (1908–1910), Bd. 3 (1910–1911), Bd. 4 (1912–1918). Frankfurt/M.: Fischer.
Oevermann U. (1993). Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. In: Jung T. & Müller-Dohm S. (Hg.). Wirklichkeit und Deutungsprozeß, 371–403. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Ogden T. (1982). Projective identification and psychotherapeutic technique. London: Karnac.

Ogden T. (1989). Frühe Formen des Erlebens. Heidelberg: Springer, 1995.
Ogden T. (1996). The perverse subject of analysis. J. Am. Psychoanal. Ass. 44:1121–1146.
Ogden T. (2002). A new reading of the origins of object-relations theory. Int. J. Psychoanal. 83: 767–782.
Ornstein A. (2000). Bewusstes und Unbewusstes in der Gegenübertragung. In: Hartmann H.-P. & Milch W. E. (2000): 41–58.
Ornstein A. & Ornstein P. H. (2001). Empathie und therapeutischer Dialog. Giessen: Psychosozial.
Overbeck G., Müller T., Jordan J. & Grabhorn R. (1996): Der stationäre Therapieverlauf bei einer eßgestörten Patientin. Z. Psa. Theorie u Praxis: I:210–224, II:357–387.
Overbeck G., Grabhorn R., Stirn A. & Jordan J. (1999). Neuere Entwicklungen in der psychosomatischen Medizin. Psychotherapeut 44:1–12.
O'Shaugnessy E. (1992). Psychosis: Not thinking in a bizarre world. In: Anderson R. (Hg.). Clinical lectures on Klein and Bion: 89–101. London: Routledge & Kegan.
O'Shaugnessy E. (1999). Die Beziehung zum Überich. Jb Psychoanal. 41:112–134.
Pally R. (1998). Bilaterality: Hemispheric specialisation and integration. Int. J. Psychoanal. 79:565–578.
Paniagua C. (1999). Das Konzept der Intersubjektivität –einige kritische Bemerkungen. Psyche Z. Psychoanal. 53:958–971.
Pao P. N. (1979). Schizophrenic disorders. Theory and treatment from a psychodynamic point of view. New York: IUP.
Papousek M. (2001). Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. In: Braun-Scharm H. (Hg.). Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen: 95–112. Weinheim/Basel: Wissenschaftliche Verlagsunion.
Parens H., Pollock L., Stern J. & Kramer S. (1976). On the girl's entry into the oedipus complex. J. Am. Psychoanal. Ass. 24:79–107.
Parin P. (1986). Die Verflüchtigung des Sexuellen in der Psychoanalyse. In: Psychoanalytisches Seminar Zürich (Hg.). Sexualität: 11–22. Frankfurt/M.: Syndikat.
Perelberg R. J. (2004). Narcissistic configurations: Violence and its absence in treatment. Int. J. Psychoanal. 85:1065–1080.
Pfäfflin F. (1993). Transsexualität. Beiträge zur Psychopathologie. Stuttgart: Enke.
Pfeiffer J. (1989). Literaturpsychologie. Eine systematische, annotierte Bibliographie. Würzburg: Königshausen & Neumann.
Plänkers T. (2003). Veränderungen im psychoanalytischen Verständnis der Angst. Psyche Z. Psychoanal. 57:487–522.

Plassmann R. (1993). Organwelten: Grundriß einer analytischen Körperpsychologie. Psyche Z. Psychoanal. 47:261–282.

Plassmann R. (2004). Inhaltsdeutung und Prozessdeutung. Psychoanalyse und Körper 3:89–112 Psychoanalytic Quarterly (1990). The psychoanalytic process. Vol. 50 (Themenheft).

Quindeau I. & Sigusch V. (Hg.) (2005). Freud und das Sexuelle. Neue psychoanalytische und sexualwissenschaftliche Perspektiven. Frankfurt/M.: Campus.

Quint H. (1988). Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht. Berlin: Springer.

Quint H. (2000). Zwangsneurose. In: Mertens W. & Waldvogel B. (Hg.) (2000): 822–825. 2. Auflage, 2002.

Racamier P.R. (1991). Die Schizophrenen. Heidelberg: Springer.

Racker H. (1968). Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. München/Basel: Reinhardt, 1978. Taschenbuch, 2002.

Raguse H. (1993). Psychoanalyse und biblische Interpretation. Stuttgart: Kohlhammer.

Rapaport D. (1959). The structure of psychoanalytical theory. Dt: Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Stuttgart: Klett, 1973.

Rayner E. (1991). The independent mind in british psychoanalysis. Northvale: Aronson.

Read J. & Ross C.A. (2003). Psychological trauma and psychosis. J. Am. Acad. Psa. Dyn. Psychiatry 31:247–268.

Reck C. et al. (2004). Psychotherapie der postpartalen Depression. Nervenarzt 75:1068–1073.

Reeder J. (2005). Die Narration als hermeneutische Beziehung zum Unbewußten. Psyche Z. Psychoanal. 59, Beiheft: 22–34.

Reich G., Massing A. & Cierpka M. (2007). Praxis der psychoanalytischen Familienund Paartherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

Reich W. (1925). Der triebhafte Charakter. Leipzig/Wien/Zürich: Int. Psychoanal. Verlag. Neuauflage, 1970, Frankfurt/M.: Fischer.

Reich W. (1933). Charakteranalyse. Frankfurt/M.: Fischer, 1973.

Reicher J.W. (1976). Die Entwicklungspsychopathie und die analytische Psychotherapie von Delinquenten. Psyche Z. Psychoanal. 30:604–612.

Reiwald P. (1948). Die Gesellschaft und ihre Verbrecher. Zürich: Pan-Verlag. Neuauflage 1982, Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Remschmidt H. & Mattejat F. (1994). Kinder psychotischer Eltern. Göttingen/Bern: Hogrefe.

Renik O. (1998). The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. Int. J. Psychoanal. 79:487–497.

Rey J.H. (1988). Schizoide Phänomene im Borderline-Syndrom. In: Bott Spillius E. (Hg.) (1990/91), Bd. I:253–287.

Richter H.-E. (1963). Eltern, Kind, Neurose. Stuttgart: Klett.
Ricceur P. (1969). Die Interpretation. Frankfurt/M.: Suhrkamp. Taschenbuch, 2004.
Riesman D. (1950). The lonely crowd. Dt: Die einsame Masse. Reinbek: Rowohlt, 1977.
Röder Ch., Overbeck G. & Müller T. (1995). Psychoanalytische Theorie zur Hypochondrie. Psyche Z. Psychoanal. 49:1068–1098.
Rosier W. (2000). Psychosoziale Aspekte der Schizophrenie. In: Helmchen H. et al. (Hg.) (2000): 181–192.
Rosenfeld D. (1992). The psychotic. London: Karnac.
Rosenfeld H. (1964). Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Rosenfeld H. (1971). Beitrag zur psychoanalytischen Theorie des Lebens – und Todestriebes aus klinischer Sicht. Psyche Z. Psychoanal. 25:476–493.
Rosenfeld H. (1987). Sackgassen und Deutungen. Therapeutische und antitherapeutische Faktoren der psychoanalytischen Behandlung von psychotischen, Borderlineund neurotischen Patienten. München/Wien: VIP 1990.
Roskamp H. & Wilde K. (1999). Grundzüge der Neurosenlehre. In: Loch W. (1999): 81–194.
Rost W. D. (1999). Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart: Klett-Cotta.
Rotmann M. (1978). Über die Bedeutung des Vaters in der Wiederannäherungsphase. Psyche Z. Psychoanal. 32:1105–1147.
Rudolf G. (2004). Strukturbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer. 2. Auflage, 2006.
Rüger L.-B., Stuhr U. & Beutel M. (2002). Forschen und Heilen in der Psychoanalyse. Stuttgart: Kohlhammer.
Rupprecht-Schampera U. (1997). Frühe Triangulierung in der Hysterie. Psyche Z. Psychoanal. 51:637–664.
Sachsse U. (1993). Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Sandell R., Blomberg J., Lazar A., Schubert J., Carlsson J. & Broberg J. (1996). Wie die Zeit vergeht. Forum Psa 15:327–347.
Sandell R. (2001). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien. Psyche Z. Psychoanal. 55:277–310.
Sandler J. (1964). Zum Begriff des Uber-Ichs. Psyche Z. Psychoanal. 18: I:721–743, II:812–828.
Sandler J. (1976). Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche Z. Psychoanal. 30:297–305.
Sandler J. (Hg.) (1991). Über Freuds «Zur Einführung des Narzißmus». Stuttgart: frommann-holzboog, 2000.
Sandner D. (1978). Psychodynamik in Kleingruppen. München: Reinhardt.
Schacht L. (2005). Die früheste Kindheitsentwicklung und ihre Störungen aus der Sicht Winnicotts. In: Uexküll T. V. (Hg.) (2005): 93–107.

Schafer R. (1983). The analytic attitude. New York: Basic Books.

Scharfenberg J. (1968). Sigmund Freud und seine Religionskritik als Herausforderung für den christlichen Glauben. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schindler W. (1951). Family pattern in group formation and therapy. Int. J. Group Psychother. 1:100–105. Dt. Das Familienmodell in der Gruppenbildung und Therapie. In: Ders. (1980). Die analytische Gruppentherapie nach dem Familienmodell: 17–22. München: Reinhardt.

Schmidt-Hellerau C. (1993). Überbau oder Fundament? Zur Metapsychologie und Metapsychologiedebatte. Psyche Z. Psychoanal. 47:1–30.

Schmidt-Hellerau C. (2002). Überlegungen zur gegenwärtigen amerikanischen Psychoanalyse. Psyche Z. Psychoanal. 56:657–686.

Schoenhals-Hart H. (2006). Angstneurose heute. Psyche Z. Psychoanal. 60:193–214.

Schöttler C. (1981). Zur Behandlungstechnik bei psychosomatisch schwer gestörten Patienten. Psyche Z. Psychoanal. 35:11–141.

Schöttler C. & Kutter P. (2005). Sexualität und Aggressivität aus der Sicht der Selbstpsychologie. Giessen: Psychosozial.

Schore A. N. (2005). Das menschliche Unbewusste: die Entwicklung des rechten Gehirns und seine Bedeutung für das frühe Gefühlsleben. In: Green V. (Hg.). Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften: 35–68. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.

Schore A. N. (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schröter M. (1999). Zurück ins Weite. Die Internationalisierung der deutschen Psychoanalyse nach dem zweiten Weltkrieg. In: Bude H. & Greiner B. (Hg.). Westbindungen: 93–118. Hamburg: Hamburger Edition.

Schultz-Hencke H. (1951). Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme. Neuauflage, 1988.

Schwaber E. A. (1995). Empathie: Eine Form analytischen Zuhörens. Forum Psa. 11:160–185.

Schwartz R. C. (2004). Systemische Therapie mit der inneren Familie. Stuttgart: Klett-Cotta, 4. Auflage.

Schwarz F. (2001). Selbstpsychologie. In: Ders & Maier C. (Hg.) (2001): 10–16.

Schwarz F. & Maier C. (Hg.) (2001). Psychotherapie der Psychosen. Stuttgart: Thieme.

Schwarz F., Tabbert-Haug C., Wendl-Kempmann G., Hering W. & Kapfhammer H. P. (Hg.) (2006). Psychodynamik und Psychotherapie der Psychosen. Stuttgart: Kohlhammer.

Schwarzer A. (1975). Der «kleine Unterschied» und seine großen Folgen. Frankfurt/M.: Fischer. Neuauflage, 2002.

Searles H. F. (1965). Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung. München: Kindler, 1974.
Segal H. (1957). Bemerkungen zur Symbolbildung. In: Bott Spillius E. (Hg.) (1990/91), Bd. I:202–224.
Segal H. (1981). Wahnvorstellungen und künstlerische Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992.
Slater P. E. (1970). Mikrokosmos. Eine Studie Über Gruppendynamik. Frankfurt/M.: Fischer. Neuauflage, 2000, Eschborn: Klotz.
Solms M. (1996). Was sind Affekte? Psyche Z. Psychoanal. 46:485–522.
Solms M. (2006). Sigmund Freud heute. Eine neurowissenschaftliche Perspektive auf die Psychoanalyse. Psyche Z. Psychoanal. 60:829–859.
Sommer J. (1987). Dialogische Forschungsmethoden. München/Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
Spence D. T. (1983). Narrative truth and historical truth. New York: Norton.
Spence D. T. (1993). Die Sherlock Holmes Tradition: Die narrative Metapher. In: Buchholz M. B. (Hg.). Metapher und Analyse: 72–120. Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht.
Spiegel Y. (1972). Psychoanalytische Interpretationen biblischer Texte. München: Kaiser.
Spiegel Y. (1978). Doppeldeutlich. Die Tiefendimensionen biblischer Texte. München: Kaiser.
Spitz R. A. (1965). Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart: Klett-Cotta, 1969.
Stein R. (2005). Why perversion? False “love” and the perverse pact. Int. J. Psychoanal. 86:775–800.
Steiner J. (1993). Orte des seelischen Rückzugs. Pathologische Organisationen bei psychotischen und neurotischen Borderline-Patienten. Stuttgart: Klett-Cotta, 1997.
Steiner J. (2006). Narzißtische Einbrüche. Sehen und Gesehen werden. Stuttgart: Klett-Cotta.
Stekel W. (1908). Störungen des Triebund Affektlebens. Wien: Urban & Schwarzenberg, 1924.
Stern D. N. (1986). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992.
Stern D. N. (1995). Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart: Klett-Cotta, 1998.
Stern D. N. (2004). Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel, 2005.
Stewart H. (1992). Psychic experience and problems of technique. New York: Routledge & Kegan.
Stierlin H. (1975). Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart: Ernst Klett. Taschenbuch, 1992, München: dtv.

Stoller R.J. (1975). Perversion: The erotic form of hatred. New York: Random House. Dt: Perversion. Die erotische Form von Haß. Reinbek: Rowohlt, 1979. Neuauflage, 2004, Giessen: Psychosozial.

Stolorow R.D., Brandchaft B. & Atwood G.E. (1996). Psychoanalytische Behandlung. Frankfurt/M.: Fischer.

Stone L. (1961). Die psychoanalytische Situation. Frankfurt/M.: Fischer, 1973, Neuauflage, 1993.

Stone M. (1989). Mord. In: Kernberg O.F. (Ed.) (1989): 155–164.

Stork J. (Hg.) (1986). Vaterbild in Kontinuität und Wandlung. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann-holzboog.

Strachey J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. Int. J. Psychoanal. 50, 1969:275–292.

Stuhr U., Leuzinger-Bohleber M. & Beutel M. (2001). Langzeittherapie. Stuttgart: Kohlhammer.

Sutherland J.D. (1989). Fairbairn's journey into the interior. London: Free Ass. Books.

Thomä H. (1995). Über die psychoanalytische Theorie und Therapie neurotischer Ängste. Psyche Z. Psychoanal. 49:1043–1067.

Thomä H. (2001). Intersubjektivität und Bifokalität der Übertragung. In: Bohleber W. & Drews S. (Hg.). Die Gegenwart der Psychoanalyse: 370–386. Stuttgart (Klett-Cotta).

Thomä H. & Kächele H. (2006). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Berlin: Springer. 3. Auflage.

Tienari P., Wynne L.C. & Wahlberg K.E. (2003). Die Adoptionsstudien der Schizophrenie und ihre klinische Bedeutung. In: Aderhold V., Alanen Y.O., Hess G. & Hohn P. (Hg.). Psychotherapie der Psychosen: 39–50. Giessen: Psychosozial.

Trautmann-Voigt S. & Voigt B. (Hg.) (2007). Körper und Kunst in der Psychotraumato-logie. Methodenintegrative Therapie. Stuttgart: Schattauer.

Trimborn W. (1994). Analytiker und Rahmen als Garanten des therapeutischen Prozesses. Psychotherapeut 39:94–103.

Tustin F. (1986). Autistische Barrieren bei Neurotikern. Frankfurt/M.: Nexus, 1988.

Tyson P. & Tyson R.L. (1990). Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 2001.

Uexküll T.V., Adler R.H. & Herrmann J.M. (Hg.) (2005). Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg. 5. Auflage.

Varvin S. (2003). Mental survival strategies after extreme traumatisation. Kopenhagen: Multivers Academic.

Volkan V. (1995). Die Entwicklungsschicksale des psychotischen infantilen Selbst. Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht, 2002.

Volkan V. & Ast G. (1994). Spektrum des Narzißmus. Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht.

Wahl H. (1985). Narzißmus? Von Freuds Narzißmustheorie zur Selbstpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
Wallerstein R. (2006). Entwicklungslinien der Psychoanalyse seit Freud. Psyche Z. Psychoanal. 60:798–828.
Walter H. (Hg.) (2002). Männer als Väter. Sozialwissenschaftliche Theorie und Empirie. Giessen: Psychosozial.
Weiß H. (2002). Reporting a dream accompanying an enactment in the transference situation. Int. J. Psychoanal. 83:633–646.
Weiß H. (2005). Wenn das Geschehene erst dann geschieht, wenn wir es denken können. Psyche Z. Psychoanal. 59, Beiheft: 65–77.
Westen D. & Gabbard G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience, II: Implications for theories of transference. J. Am. Psychoanal. 50:53–98.
Widok W. (1978). Krisen im Umkreis stationärer Psychotherapie. In: Beese F. (Hg.). Stationäre Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Williams P. (2005). Einverleibung eines invasiven Objekts. Psyche Z. Psychoanal. 59:293–315.
Winnicott D. W. (1935). Die manische Abwehr. In: Ders.: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse: 238–260. München: Kindler, 1976. Neuauflage, 2007, Giessen: Psychosozial.
Winnicott D. W. (1953). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Ders.: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse: 293–312. München: Kindler, 1976. Neuauflage, 2007, Giessen: Psychosozial.
Winnicott D. W. (1967). Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In: Ders.: Vom Spiel zur Kreativität: 128–135. Stuttgart: Klett-Cotta, 1985.
Wisdom J. O. (1962). Ein methodologischer Versuch zum Hysterieproblem. Psyche Z. Psychoanal. 15:561–587.
Wolf E. S. (1996). Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Wolf E. S. (2000). Optimale Responsivität und der Unterbrechungs-Wiederherstellungs-Prozeß. In: Kutter P. (Hg.) (2000): 63–78.
Zepf S. (2006a). Attachment theory and psychoanalysis. Some remarks from an epistemological and from a Freudian viewpoint. Int. J. Psychoanal. 87:1529–1548.
Zepf S. (2006b). Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie. Giessen: Psychosozial.

Научное издание

Серия «Университетское психологическое образование»

Петер Куттер, Томас Мюллер

ПСИХОАНАЛИЗ
Введение в психологию бессознательных процессов

Редактор – *В. И. Белопольский*
Оригинал-макет и верстка – *С. С. Фёдоров*
Корректор – *Л. В. Бармина*

Издательство «Когито-Центр»
129366, Москва, ул. Ярославская, 13
Тел.: (495) 682-61-02
E-mail: post@cogito-shop.com, cogito@bk.ru
www.cogito-centre.com

Сдано в набор 02.06.11. Подписано в печать 20.06.11
Формат 70×100/16. Бумага офсетная. Печать офсетная
Гарнитура CharterC. Усл. печ. л. 31,1. Уч.-изд. л. 23,5
Тираж 1500 экз. Заказ .

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных
диапозитивов в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»
143200, МО, г. Можайск, ул. Мира, д. 93